

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

10.04 - КМР.264 "С" 27.02.23 010 ПЗ

ЛІВАНЧУК АНГЕЛІНИ ПЕТРІВНИ

2023 р.

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

УДК: 364.684-053.2

ПОГОДЖЕНО ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ
Декан факультету (Директор ННІ) Завідувач кафедри
Гуманітарно-педагогічний Соціальної роботи та реабілітації
(назва факультету (ННІ)) (назва кафедри)

І.М. Савицька І.В. Сопівник
(підпис) (ПІБ) (підпис) (ПІБ)
“ ” 2023 р. “ ” 2023 р.

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему «СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ»
Спеціальність 231 «Соціальна робота»

Освітня програма Соціально-психологічна реабілітація

Орієнтація освітньої програми Освітньо-професійна
Гарант освітньої програми

доктор педагогічних наук, доцент І.В. Сопівник
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)
Керівник магістерської кваліфікаційної роботи
доктор педагогічних наук, професор І.І. Демченко
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис)

Виконав А.П. Ліванчук
(підпис) (ПІБ)
КИЇВ – 2023

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри доктор педагогічних

наук, доцент

І.В. Сопівник

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (ПІБ)

“28” жовтня 2022 року

ЗАВДАННЯ

ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТУ

Ліванчук Ангеліни Петрівни

Спеціальність 23 «Соціальна робота»

Освітня програма «Соціально-психологічна реабілітація»

Орієнтація освітньої програми Освітньо-професійна

Тема магістерської кваліфікаційної роботи **«Соціальна реабілітація підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату»**,

затверджена наказом ректора НУБіП України від “27” лютого 2023 р. №264 “С”

Термін подання завершеної роботи на кафедру

Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи: державні документи, посібники, словники, довідники, методична, наукова література щодо теми дослідження.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

1. Узагальнити теоретичний матеріал з проблеми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

2. Відібрати відповідний діагностичний інструментарій та провести діагностику рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

3. Теоретично обґрунтувати, реалізувати та перевірити ефективність арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

4. Розробити практичні рекомендації для реалізації арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату в центрах комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю.

Дата видачі завдання “28” жовтня 2022 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи _____ Ірина ДЕМЧЕНКО

(підпис)

Завдання прийняв до виконання _____

(підпис)

Ангеліна ЛІВАНЧУК

(Прізвище та ініціали студента)

Реферат

НУВІП УКРАЇНИ

Магістерська робота на тему «Соціальна реабілітація підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату»

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, 2 додатків (10 сторінок), списку використаних джерел із 83 найменувань. Повний обсяг роботи становить 101 сторінок, основного тексту - 84 сторінок. Робота містить 5 таблиць на 5 сторінках основного тексту та 3 рисунки.

У першому розділі «Теоретичні основи соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату» проведено теоретичний аналіз поняття «соціальна реабілітація» як комплексу заходів, спрямованих на включення індивіда в соціальне середовище, компонентами якого є його життєдіяльність.

Розглянуто особливості соціально-психологічної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

У другому розділі «Діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату» здійснено організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи, що включало застосування стандартизованих психологічних тестів та анкетувань для оцінки психологічного стану та якості життя підлітків з ОРА, результатів медичних обстежень для визначення рівнів їхніх фізичних можливостей, а також соціальних досліджень, щодо оцінки рівнів соціалізованості підлітків з ОРА.

Розроблено критеріально-діагностичний інструментарій визначення рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, який представлений параметрами внутрішньої картини здоров'я підлітків з ОРА з відповідними показниками, рівнями та підібраними діагностичними методиками.

На основі аналізу результатів проведеного дослідження виявлено, що більшість підлітків з ОРА мали середній і низький рівні соціалізованості. Така

ситуація підкреслює потребу в удосконаленні форм та методів соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

У третьому розділі «Експериментальна робота з перевірки ефективності арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату» розроблено, обґрунтовано та реалізовано експериментальну арт-терапевтичну програму соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату. Головна мета програми було підвищення рівнів соціалізованості підлітків з ОРА, шляхом сприяння відновленню та розвитку їхньої емоційної, комунікативної, мотиваційної, когнітивної сфер життєдіяльності з використанням мистецтва і творчої діяльності. Здійснено аналіз результатів експериментальної роботи, результати засвідчили ефективність програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, оскільки зафіксовано позитивну динаміку.

У висновках узагальнено теоретичний матеріал та результати здійсненого дослідження, а також визначено перспективні напрями подальших наукових досліджень.

Ключові слова: реабілітація, соціальна реабілітація, підлітки із порушеннями опорно-рухового апарату, соціалізація, арт-терапія, соціальна реабілітація підлітків з порушеннями ОРА.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	11
1.1. Соціальна реабілітація осіб з порушенням опорно-рухового апарату у контексті наукових досліджень.....	11
1.2. Особливості соціально-психологічного розвитку підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.....	26
Висновки до першого розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА РІВНІВ СОЦІАЛІЗОВАНОСТІ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	6
2.1. Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи.....	36
2.2. Діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.....	60
Висновки до другого розділу.....	62
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ПЕРЕВІРКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	5
3.1. Обґрунтування та реалізація експериментальної арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.....	65
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів експериментальної роботи.....	74
Висновки до третього розділу.....	80
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84
ДОДАТКИ	93

НУВІП УКРАЇНИ

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розвиток сучасного суспільства в Україні та процеси інтеграції в Європейське співтовариство ставлять гостро питання соціального захисту громадян країни і, зокрема, тих, хто цього найбільше потребує, зокрема, людей з обмеженими можливостями. Розуміння основних принципів, на яких сьогодні базується міжнародна та національна політика щодо людей з інвалідністю, їх розвиток в освітньому просторі України, є необхідною умовою розвитку демократичного суспільства.

НУВІП УКРАЇНИ

Збільшення числа осіб з інвалідністю обумовлено воєнними діями, суперечливим соціально-економічним розвитком українського суспільства, яке пов'язане з низьким рівнем життя більшості людей, незадовільним станом

НУВІП УКРАЇНИ

системи охорони здоров'я, недостатньою безпекою та охороною праці, низьким рівнем екологічної культури, наявністю різних природних лиха – природні, екологічні, військові, стихійні лиха. Це люди, які потребують турботи, особливих умов і уваги. Про що йдеться в державних документах Конституції України, яка гарантує права осіб з інвалідністю на життя, гідне існування,

НУВІП УКРАЇНИ

охорону здоров'я, працю, соціальне забезпечення, освіту та інші права; Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" який визначає права та соціальні гарантії для цієї категорії громадян.

НУВІП УКРАЇНИ

Усвідомлення державою важливості турботи про осіб з інвалідністю, особливо дітей, викликає потребу в пошуку нових методів соціально-психологічного супроводу компенсаторних можливостей їхнього розвитку. На особливу увагу заслуговують методи соціально-психологічної реабілітації дітей

НУВІП УКРАЇНИ

з порушеннями опорно-рухового апарату засобами арт-терапії, природотерапії, естетотерапії, імаготерапії тощо. Нині все більшого значення набуває такий напрям реабілітації як формування гармонійної особистості і сприяння

НУВІП УКРАЇНИ

соціальній адаптації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату засобами мистецтва.

Актуальність досліджуваної проблеми підтверджується інтересом як вітчизняних, так і зарубіжних вчених. Зокрема, В. Андрущенко, А. Бойко, Н. Лукашевич, І. Мигович, Т. Семігіна, Л. Люптя детально висвітлили теоретичні аспекти соціальної роботи з людьми з інвалідністю.

Методологічною основою нашого дослідження послужили роботи Ю. Сурмина, М. Туленковой, С. Матвієнко, що полягають в сутності та видів соціальних технологій і соціально-психологічної реабілітації: дослідження А. Беспалько, І. Зайцевої щодо особливостей технологій соціальної реабілітації; М. Авраменко, А. Поляк, Я. Холостяк, В. Самозванець, А. Шевцова з проблем використання технологій соціальної і соціально-психологічної роботи з людьми з порушеннями рухового апарату.

Соціальні характеристики інвалідності дітей підліткового віку з порушенням опорно-рухового апарату представлені Г. Давиденком, І. Зверевим, С. Харченком, І. Івановою, В. Красномовцем.

Науковці М. Власюк, О. Вознесенська, П. Коваль, В. Копитіна, І. Садова, О. Гаврилова, Г. Балищева у своїх працях визначають особливу реабілітаційну функцію мистецтва, арт-терапевтичної діяльності на компенсаторні особливості розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Незважаючи на широку розробленість проблеми реабілітації осіб з порушеннями психофізичного розвитку, питання соціально-психологічної підтримки дітей з різними порушеннями фізичного і психічного розвитку не достатньо вивчено, що зумовило вибір теми дослідження: **«Соціальна реабілітація підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату»**.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

Досягнення поставленої мети вимагає рішення наступних завдань:

1. Узагальнити теоретичний матеріал з проблеми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

2. Підібрати відповідний діагностичний інструментарій та провести діагностику рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

3. Теоретично обґрунтувати, реалізувати та перевірити ефективність арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

4. Розробити практичні рекомендації для реалізації арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату в центрах комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю.

Об'єкт дослідження – соціальна реабілітація підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату в центрах комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю.

Предмет дослідження – арт-терапевтична програма соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

Для розв'язання поставлених завдань, досягнення мети використано комплекс методів наукового дослідження:

- теоретичні методи: аналіз літератури для визначення структурованого опису змісту поняття «соціальна реабілітація», порівняння та систематизації виокремлених компонентів соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; аналіз, синтез, узагальнення під час розроблення програми арт-терапевтичної соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату;

- емпіричні методи: діагностичний комплекс для вивчення стану соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; експерименти – констатувальний, який дав змогу здійснити діагностику рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату; формувальний і контрольний-аналітичний, завдяки чому відстежено динаміку та перевірено ефективність впливу розробленої програми арт-терапевтичної соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату;

- математико-статистичні – описова статистика, кореляційний аналіз, обробка емпіричних даних, що застосовані для доведення достовірності й ефективності результатів педагогічного експерименту.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота на констатувальному, формуальному та контрольно-аналітичному етапах дослідження виконувалася на базі Рівненського міського центру комплексної реабілітації осіб та дітей з інвалідністю «КРЄК». Вибірку склали 60 підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

Наукова новизна дослідження полягає у доповненні теорії соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, розробці арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

Практичне значення одержаних результатів передбачає, що застосування арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату дасть змогу подолати комунікативні бар'єри і сприятиме більшій участі цих школярів у різних видах діяльності разом з однолітками.

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, 2 додатків (10 сторінок), списку використаних джерел (83 найменувань, з них 10 - іноземними мовами, 11 Інтернет-сайтів). Повний обсяг роботи становить 101 сторінок, основного тексту - 84 сторінок. Робота містить 5 таблиць на 5 сторінках основного тексту та 3 рисунки.

НУБІП України

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1.1. Соціальна реабілітація осіб з порушенням опорно-рухового апарату у контексті наукових досліджень

Складність проблем соціальної роботи, об'єктів і суб'єктів соціальної трансформації, необхідність досягнення найбільш значущого та ефективного результату при обмеженому обсязі соціальних ресурсів настійно вимагають широкої технологізації соціальної роботи, а специфіка цієї діяльності визначає характер технологій, за допомогою яких здійснюється соціальна робота. Адже це особлива діяльність державних органів і соціальних інститутів щодо задоволення соціально-гарантованих і особистих інтересів різних груп населення і створення умов, що сприяють відновленню або поліпшенню здатності людей функціонувати в суспільстві.

Як підкреслює Т. Семигіна, цінністю соціальної праці є людина [61, С. 12]. Цей постулат став основою для формування гуманістичної моделі соціальної роботи (в якій клієнтам відводиться роль активних творців власного життя) і технологій її реалізації. Вони сприяють оптимізації, раціоналізації та цілеспрямованості процесу професійної діяльності у сфері соціальної роботи, зазначає Л. Люптя [77, С. 292]. Тому технології соціальної роботи називаються соціальними (технологія з гр. - технічне мистецтво, майстерність), оскільки їх результатом є людина, а основними параметрами їх оцінки є якість особистого життя і соціального існування. Іншими словами, соціальні технології дозволяють нам впливати на соціальні процеси з метою оптимізації цих компонентів.

Можна сказати, що соціальні технології - це соціальні програми, які містять певні алгоритми, Інструменти та види діяльності. У зв'язку з цим ми можемо погодитися із загальним визначенням соціальних технологій як технологій соціального функціонування суспільства в цілому й окремих соціальних груп зокрема, представленим Ю.Сурміним [70, С. 18].

Сучасна соціологія розглядає соціальні технології як інноваційну систему методів виявлення і використання прихованих потенціалів соціальної системи для досягнення оптимальних соціальних результатів при найменших витратах на управління. Характерно розглядати соціальні технології як інтелектуальний ресурс суспільства у формі узагальнення набутих і систематизованих знань, досвіду, навичок і практик соціальної діяльності.

Ця проблема була актуалізована в результаті формування нової моделі соціальної політики, спрямованої на забезпечення адекватного соціального захисту, соціальної інтеграції та створення умов для самореалізації, повноцінного життя, освіти й працевлаштування інвалідів та їх залучення в активне життя суспільства.

З цією метою в Україні створено систему соціального захисту осіб з інвалідністю, яка містить в собі не тільки державну соціальну допомогу, пенсійне забезпечення, систему допомоги та компенсацій, Соціальне забезпечення та медичне обслуговування (лікування та реабілітація).

Вона реалізується в рамках соціальної політики на міжнародному рівні. На міжнародному рівні соціальна політика для людей з обмеженими можливостями реалізується через Декларацію про права людей з обмеженими можливостями (1975) та Конвенцію ООН про права людей з обмеженими можливостями (2006).

Україна також має ряд законів і нормативно-правових актів, що регулюють соціальну політику для людей з обмеженими можливостями. Серед них основи соціального забезпечення інвалідів в Україні (1991), закон про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (2017), укази Президента України про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та впровадження для людей з обмеженими можливостями (2002), про заходи щодо створення сприятливих

умов для соціальної, медичної та професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями (2005), постанова Кабінету Міністрів України про затвердження Державної цільової програми Національний план дій з імплементації Конвенції про права інвалідів на період до 2020 року (2012), про затвердження положень, що стосуються індивідуальної програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями (2007).

Ці нормативно-правові акти спрямовані на забезпечення прав та соціального захисту людей з обмеженими можливостями в Україні. Вони визначають права і гарантії для цієї категорії осіб, а також визначають завдання

та заходи щодо їх реабілітації та соціального включення. Неоднозначність тлумачення терміна "соціальна технологія" визначає його аналіз у вузькому і широкому форматі. У вузьких рамках вона охоплює тільки ті технології, які відносяться до соціальної сфери суспільства. У широкому розумінні це

стосується не лише соціальних, а й економічних, політичних, соціокультурних, інформаційних та адміністративних питань. Не дозволяє інтерпретувати як певний спосіб здійснення людської діяльності, спрямованої на досягнення соціальних результатів. При цьому соціальна технологія проявляється в двох

формах: як програма, що містить процедури й операції (методи та засоби діяльності), так і сама діяльність, побудована відповідно до програми [70, С.13].

Багатоваріантні підходи до класифікації соціальних технологій дозволяють визначити їх основні види: правове забезпечення функціонування суспільства, політичні технології адміністративного регулювання, економічне функціонування суспільства, інформаційна підтримка через ЗМІ та комп'ютерні мережі, інтелектуальний і культурний розвиток суспільства і функціонування соціальних мереж. Інститути суспільства.

Визначення соціальних технологій може бути включено в будь-який компонент соціальної роботи: в соціальну роботу як науку, в соціальну роботу як цикл навчальних дисциплін і в соціальну роботу як вид професійної діяльності.

Аналіз спеціальної літератури дозволив нам визначити такі класифікаційні характеристики угруповання соціальних технологій: А) в залежності від рівня соціальних відносин (макросистемна технологія, технологія вимірювальних систем, мікросистемна технологія); Б) в рамках практичного впровадження в організаційний процес (інноваційна, конструктивна, традиційна); В) на місці експериментальної перевірки та в умовах, коли соціальні технології можуть бути застосовані до інших соціальних технологій; і (Б) в контексті їх практичної реалізації в організаційному процесі (інноваційний, конструктивний, традиційний); і (В) в місці експериментальної перевірки та аудиту (офіс, поле); г) відповідно до масштабу соціальних операцій (глобальний, регіональний, місцевий).

Оптимальна інтерпретація сутності соціальних технологій, на наш погляд, представлена в дослідженні. Матвієнко "Соціальні технології - це алгоритм виконання дій у різних сферах соціальної практики: управління, освіта, художня творчість, наукова діяльність, соціальна робота" [38, С.46].

Тобто соціальна робота є однією з галузей соціальних технологій, тому, відповідно, її впровадження в соціальну практику носить технологічний характер. Враховуючи його міждисциплінарність, вчені відзначають всю його систему, яка ввключає психологічні, медичні, соціально-правові, соціальні технології та специфічні технології: соціальну діагностику, соціальну адаптацію та реабілітацію. [73, С.14].

Технологізація соціальної роботи дозволяє раціонально розділити її види на окремі відносно ідентичні процедури та операції, дії й результати яких скоординовані та синхронізовані.

Технології соціальної роботи можна розділити на три групи:

- Діагностичні технології (засновані на вивченні соціальних проєктів і ймовірних прогнозах їх розвитку);
- технології проєктування і заbudови окремих соціальних об'єктів;
- технології реалізації соціальних проєктів, програм, впровадження соціальних інновацій (соціальне моделювання).

На додаток до такого наскрізного розподілу ми можемо виділити типи технологій, які спрямовані на відновлення здатності індивідів функціонувати в соціальному плані (технології соціальної реабілітації та адаптації).

Кожна з цих технологій може бути використана при роботі з певною категорією клієнтів (сім'ї, військовослужбовці, діти та підлітки, молодь і т.д.).

Крім того, технології виділяються для дій в певних обставинах (в ситуаціях міждержавного конфлікту, побутового насильства, в ситуації, коли людині заподіюється збиток і т.д.).

Логіка реалізації етапів соціальних технологій містить в собі: початкове цілепокладання, пошук джерел інформації, проектування, збір, аналіз і обробку даних, конкретизацію цілей, вибір можливих дій, підбір інструментів, організаційну та процедурну роботу, очікуваний результат

Таким чином, структура соціальних технологій визначається наявністю програми (проекту), в рамках якої вирішується конкретна проблема; певного алгоритму як системи послідовних операцій для досягнення результатів; певного стандарту (еталону) діяльності; критерію оцінки результатів (будь-якої соціальної технології), метою якого є проектування та впровадження, слід зосередити увагу на технологізації відповідного процесу).

Ефективність технологізації полягає у формуванні процесу, надання йому цільової спрямованості, оптимізації соціальної роботи; забезпеченні стабільності соціального процесу, створенні механізмів саморегулювання процесу і створенні сприятливих умов для досягнення мети.

Розуміння соціальної роботи як інтегрованої, універсальної діяльності, спрямованої на задоволення соціально гарантованих та особистих інтересів та потреб людей, насамперед соціально вразливих верств населення, дозволяє визначити підхід, при якому Соціальні технології розуміються як професійна діяльність суб'єктів соціальної роботи, що здійснюється відповідно до реалізованих соціальних програм та проекти.

Тобто технології соціальної роботи розглядаються як способи професійного впливу на соціальний об'єкт з метою його поліпшення і

забезпечення оптимізації функціонування з можливим тиражуванням цієї системи соціальних впливів, зазначає О.Шевцов [85, С. 53].

Як бачите, більшість дослідників розглядають технологію соціальної роботи як алгоритм реалізації соціальних процесів. При такому підході основними складовими змісту технології є поділ процесу на внутрішні етапи та підетапи, координація всіх підрозділів установи, визначення покрокових дій, визначення алгоритму виконання всіх технологічних операцій і коригування дій в залежності від змін, що відбуваються в цей процес.

Сучасні дослідники технологізації (Є.Холостова) соціальної роботи вказують на таку особливість, як синтетичність або поліфакторизація соціальних процесів. Такий підхід дозволяє визначити зміст і простежити реалізацію наступних технологічних компонентів: структурного, функціонального, регулятивного, операційного та інструментального [73, С.86].

Структурний компонент технологізації містить в собі поняття контрольованих і некерованих соціальних ситуацій і можливих наслідків (результату і сліdstва). Функціональний компонент дозволяє виявити такі механізми реалізації соціальних завдань, як заборона, лідерство, дозвіл, обмеження, орієнтація і напрямки. Нормативна складова технологізації соціальної роботи має на увазі встановлення закономірностей, принципів і правил. Операційний компонент технологізації означає розподіл і подальшу координацію і синхронізацію певних процедур і операцій.

Термін "реабілітація" (лат. *rehabilitatio*-відновлення) широко використовується в медицині й психології, а з 1991 року - в соціальній роботі. Також на практиці з'явилися поняття "комплексна реабілітація" і "соціальна реабілітація", які зазвичай використовуються в роботі з особи з інвалідністю різних нозологій.

Теоретично зміст цих термінів дозволяє використовувати їх в різних інтерпретаціях і розробляти реабілітаційні практики для інших груп населення: людей з девіантною поведінкою, засуджених, сиріт, літніх людей, безробітних, жертв домашнього насильства і т. д.

Це інтерпретується як процес цілеспрямованої діяльності з індивідом по відновленню втрачених або не набутих навичок і умінь в процесі соціалізації, виконання соціальних функцій, відносин і ролей. Це комплекс заходів, спрямованих на відновлення зруйнованих або втрачених суспільних зв'язків і відносин, соціально й особистісно значущих якостей, задатків і здібностей суб'єкта, підкреслює О.Поляк [48, с. 466]

Суб'єктами соціальної реабілітації є соціальні професіонали: соціальні працівники, соціальні педагоги, фахівці з реабілітації, психологи, які володіють технологіями та володіють практичними навичками з відновлення втрачених або не набутих навичок виконання соціальних функцій і ролей. Реабілітаційні установи надають організовані реабілітаційні послуги для прискорення процесу відновлення клієнта (за необхідності).

Об'єктами соціальної реабілітації є окремі особи або групи, які потребують відновлення втрачених або не набутих навичок і умінь в рамках соціалізації в системі соціальних відносин і при виконанні соціальних ролей. Крім того, це можуть бути колишні ув'язнені, випускники шкіл-інтернатів, люди похилого віку, асоціальні сім'ї, бездомні, безпритульні діти й так далі.

Розглядаючи соціальну реабілітацію як відновлення втрачених функцій, відносин і ролей соціального функціонування, професійних навичок і умінь взаємодії з навколишнім світом, можна виділити наступні види: медичну, соціальну, професійну, психологічну, побутову. У зв'язку з вищевикладеним соціальну реабілітацію слід розглядати в широкому і вузькому тлумаченні.

У широкому трактуванні це створення в суспільстві умов для відновлення і розвитку здібностей індивідів до самостійного соціального функціонування. У вузькому трактуванні соціальна реабілітація – це включення індивіда в соціальне середовище, компонентами якого є його життєдіяльність: комунікативна, професійна, соціальна, творча, освітня, соціокультурна, повсякденна, інформаційна, зазначає О.Шевцов [84, С. 56].

В. Шахрай описує соціальну реабілітацію як комплекс заходів, спрямованих на відновлення прав людини, соціального статусу, поліпшення його здоров'я і працездатності.

Методологічною основою цього підходу є вивчення структури і функціонування особистості клієнта, його соціальних ролей і соціального статусу, проведене американськими дослідниками Г. Перлманом, С. Бріаром, Г. Міллером і встановило, що соціальні ролі є двигуном соціального благополуччя індивіда [52]. Соціальне функціонування-це здатність індивіда самостійно взаємодіяти з навколишнім світом, забезпечувати своє життя і сім'ю, а також дотримуватися встановлених і загальноприйнятих норм моралі й моральності в суспільстві. Наприклад:

а) якщо людина втратила або не набула своїх навичок і здібностей у процесі соціалізації для формування соціальних відносин і функцій, необхідно навчити її тому, як створюються ці навички та здібності (сім'я, робота, освіта, дружба, зміцнення здоров'я, культурне вдосконалення, повсякденне життя) або відновлений;

б) якщо людина втратила або не набула соціальні ролі (дружина, чоловік, бабуса і дідусь, батько, мати, син, дочка, громадянин, сусід, покупець, робітник, друг, студент і т.д.) в процесі соціалізації, ці ролі повинні бути розвинені, відновлені або викладатися.

У соціальній роботі існує два рівні соціальної реабілітації: а) державний, регіональний та місцевий; б) рівень індивідуальної та групової роботи.

Система організаційної, правової, економічної інформаційної та освітньої діяльності, що здійснюється державними органами, заснована на державному, регіональному та місцевому рівнях соціальної реабілітації. Ці заходи передбачають створення і функціонування системи реабілітаційних соціальних служб різних відомчих і майнових форм.

На державному, регіональному та місцевому рівнях здійснюються наступні дії:

- створення правової бази, що забезпечує правову основу для реабілітації;

- визначення напрямів підготовки студентів бакалаврату та магістратури з соціальної роботи, соціальних педагогів, фахівців з реабілітації, психологів, що забезпечують діяльність реабілітаційних соціальних служб;

- створення економічних умов для підприємницької та комерційної діяльності в області реабілітації;

- розробка подожень про порядок надання реабілітаційних послуг різним категоріям громадян;

- координація діяльності системи реабілітаційних соціальних служб різної відомчої підпорядкованості та різних форм власності

На рівні індивідуальної та соціальної реабілітаційної роботи соціальні служби використовують технології або систему заходів, форм, методів і прийомів для відновлення втрачених або не набутих здібностей і умінь виконання соціальних функцій і ролей, а також формування необхідних соціальних відносин.

Сучасна термінологія охоплює досить широке коло особливостей чи відхилень у психофізичному розвитку.

До опорно-рухового апарату відносяться скелет та м'язи. Кістки та його сполуки становлять його пасивну частину, скелетні м'язи - активну. Слід зазначити, що ОРА має широкий спектр порушень, різних за походженням та проявами. Причинами служать різні патологічні фактори, що діють у пренатальний, натальний та постнатальний періоди. Обтяжена спадковість, хронічні захворювання батьків, зловживання останніх алкоголем, наркотиками, тютюнопалінням, фізичні та психічні травми жінки під час вагітності, інфекційні та вірусні захворювання, патологія пологової діяльності. Такі причини, як наслідки травм та захворювань у дітей; Неприятлива екологічна ситуація є найпоширенішими причинами порушень органів руху.

Концепція цілісності розвитку особистості розроблена Є. Еріксоном. Він розглядає цілісність як узагальнене поняття, що включає психічне здоров'я людини, почуття стійкості та безперервності Я, причетності до соціальної групи, прийнятності нею і тотожності. Визначає цілісність особистості ідентифікація

система цінностей, ідеали, життєві плани, здібності та потреби. До 14 років, як зазначає Є. Еріксон, починає формуватися перша цілісна форма ідентичності, до якої призводять три лінії розвитку: фізичне зростання і статеве дозрівання, занепокоєння тим, «як я виглядаю в очах інших», «що я являю собою», а також необхідність професійним самовизначенням [56, С.139-140]. Для підлітка, який має проблеми зі здоров'ям, особливо помітний фізичний недолік, ця криза ідентичності проявляється гостріше.

Перелічені проблеми визначаються наявністю рухового дефекту і виражаються у затримці формування, аномалії, втрати чи порушенні функцій

ОРА. За ступенем тяжкості порушень та сформованості рухових навичок ділять підлітків із порушеннями ОРА на 3 групи:

1. Діти з важкими порушеннями: у деяких з них не сформовано прямостояння та ходьба, захоплення та утримання предметів, навички самообслуговування; інші насилу пересуваються з допомогою ортопедичних пристосувань і навичками самообслуговування володіють частково;

2. Діти із середнім ступенем вираженості рухових порушень (найчисленніша група): більшість дітей може самостійно пересуватися на обмежену відстань, вони мають навички самообслуговування, які, проте недостатньо автоматизовані;

3. діти з легкими руховими порушеннями: вони ходять самостійно, впевнено почувуються і в приміщенні, і на вулиці; навички самообслуговування сформовані; разом з тим можуть спостерігатися порушення ходи, патологічні пози [22, 69].

У нашому дослідженні розглядаються підлітки з уродженим і набутим недорозвиненням або деформацією опорно-рухового апарату, що мають середній та легкий ступінь виразності рухових порушень, що перебувають в умовах лікувально-профілактичного закладу. Діти мають нормальний інтелект,

навчаються у загальноосвітніх школах, однак у них спостерігаються вторинні відхилення у розвитку соціального плану. На наш погляд, дана категорія дітей, найбільш численна з усієї групи підлітків з відхиленнями у розвитку ОРА,

залишається практично не вивченою сучасними психологами, педагогами та іншими фахівцями, які беруть участь у реабілітаційному процесі, бо їх основну увагу привертають діти з тяжкими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (зокрема – дитячий церебральний параліч).

Незважаючи на такі різні індивідуальні порушення, діти підліткового віку мають безліч загальних характеристик, таких як висока стомлюваність, емоційно-вольова незрілість, вимушена ізоляція від суспільства, несформованість чи низький рівень навичок спілкування, неадекватність чи нестійкість самооцінки, підвищений рівень тривожності.

Швидка стомлюваність найчастіше продиктована порушенням психофізичного розвитку, станом здоров'я підлітка та його нервової системи, ослабленістю організму у післяопераційний чи реабілітаційний період. Ця особливість може серйозно гальмувати його навчання та розвиток. Втома, що швидко настає, призводить до зниження працездатності і може стати причиною появи труднощів у засвоєнні навчального матеріалу, ризику шкільної та соціальної дезадаптації. Учні цієї категорії вимагають спеціального до них підходу, що поєднується з лікувально-оздоровчими заходами, частина з них потребує корекційного навчання.

Умови лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) забезпечують дітям, які потребують, процес навчання в комплексі з оздоровчими та реабілітаційними заходами, проте дотепер не розроблені питання, пов'язані з соціально-педагогічною реабілітацією підлітків у ЛПЗ. За направленням лікаря або рекомендації соціального педагога, психолога підлітки з порушеннями протягом усього року можуть отримувати необхідну професійну допомогу в реабілітаційних центрах або лікувально-профілактичних закладах, а в період літніх канікул – відпочивати в заміських таборах оздоровчого типу, де організуються спеціальні зміни або набираються загони для дітей із порушеннями.

Реабілітаційні заходи для підлітків у умовах сприяють їх успішній соціальній адаптації, де організуються спеціальні зміни чи набираються загони для дітей із порушеннями.

Розглядаючи проблему розвитку підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, необхідно зазначити, що на сучасному етапі існує загальних критеріїв його норми ні в медичній, ні в психологічній, ні в педагогічній науці.

Можна виділити статистично-адаптаційний, описовий, функціональний підходи до визначення норми, її розглядають також з позицій культурного релятивізму, ряд фахівців наполягають на знятті проблеми норми взагалі, але жодна з цих точок зору не є бездоганною.

П. Ганнушкін у своїх роботах неодноразово підкреслював, що межі норми і патології дуже відносні [48]. Існує прийом запровадження поняття норми через ухвалення її негативних критеріїв «Згідно з цим підходом, норма розуміється насамперед як відсутність будь-яких лібс виражених патологічних симптомів» [33, 9]. Так, у медицині визначають норму стосовно патології: якщо патологічних симптомів у пацієнта не виявлено, він здоровий.

Патологія опорно-рухового апарату не дозволяє включити підлітків, які мають такі особливості, у рамки статистичної норми, однак, за наявності повноцінного інтелекту та ефективних умов виховання та освіти такі діти повністю інтегруються у суспільство. Дана обставина диктує необхідність у нашому дослідженні спиратися на функціональний підхід до визначення норми розвитку підлітків із захворюваннями опорно-рухового апарату, не заперечуючи і всі перелічені вище позиції.

Особливості виховання та навчання підлітків з патологіями ОРА виявляються у корекційній спрямованості та залежать від характеру наявних у них дефектів та реабілітаційного потенціалу, від вікових та особистісних особливостей, компенсаторних можливостей, від умов життя та виховання в сім'ї, характеру медико-психолого-педагогічного впливу та ряду інших факторів. Можна виділити такі аспекти реабілітації дітей підліткового віку: медичний, правовий, психологічний, соціальний, педагогічний. Лікувально-профілактичний заклад надає можливість проводити комплексну реабілітацію дітей із порушеннями опорно-рухового апарату на фоні необхідного спеціального медичного обслуговування. Разом про те, ми припускаємо, що

ефективність цього процесу залежить від спеціально організованих педагогічних умов.

Залежно від характеру і змісту соціальних проблем людини використовуються наступні види соціальної реабілітації:

1. соціально-медична-включає реабілітацію та економічну терапію, відновлення або формування у людини нових навичок повноцінного життя, а також допомогу в організації повсякденного життя і веденні домашнього господарства.

2. соціально-психологічний-призначений для підвищення рівня психологічного здоров'я суб'єкта, оптимізації внутрішньогрупових взаємин і взаємодопомоги, виявлення потенційних можливостей особистості та організації психологічної корекції, підтримки та сприяння.

3. Соціально-педагогічний-спрямований на вирішення таких завдань, як подолання стану "педагогічної занедбаності" (Додаткові або індивідуальні заняття, організація спеціалізованих класів), організація і здійснення педагогічної допомоги при різних порушеннях здатності людини здобувати освіту (організація освітнього процесу в лікарнях і місцях позбавлення волі), утримання під вартою, навчання осіб з інвалідністю і дітей з нестандартними інтелектуальними здібностями і т.д.). Водночас планується певна робота зі створення адекватних умов, форм і методів навчання, а також відповідних методів і програм.

4. Професійно-трудова-дозволяє сформувати нові або відновити втрачені трудові і професійні навички і, як наслідок, працевлаштувати їх, адаптуючи режим і умови праці до нових потреб і можливостей.

5. соціально-екологічний-спрямований на відновлення у людини почуття соціальної значущості в новому соціальному середовищі. Цей вид реабілітації включає ознайомлення людини з основними характеристиками середовища, в якому вона опинилася, допомогу в організації нового середовища життя та відновленні звичних моделей поведінки та діяльності у сфері організованого власного повсякденного життя [83, с.111-112].

У рамках соціально-реабілітаційної роботи науковці та практики виділяють такі рівні: медико-соціальний, професійно-трудоий, соціально-психологічний, соціально-рольовий, соціально-побутовий, соціально-правовий.

Провідними методами соціальної реабілітації є: медичні процедури, психологічні тренінги, консультаційні бесіди, рольові ігри, трудова терапія, арт-терапія, творча діяльність. Провідні компоненти: середовище проживання і функціонування, соціальні послуги, робота, дозволя, навчання, творча діяльність, отримання інформації і т. д.

Вони використовуються в реабілітаційній практиці з різними категоріями клієнтів: інвалідами, людьми похилого віку; військовослужбовцями (які брали участь у війнах і військових конфліктах); особами, які відбули покарання в місцях позбавлення волі, сиротами.

Враховуючи, що технологія соціальної реабілітації передбачає відновлення втрачених або набутих у процесі соціалізації навичок виконання соціальних відносин і ролей, вона об'єктивно відноситься до технологій: соціальна діагностика, соціальна адаптація, соціалізація, опіка, інклювання, усиновлення, корекція, профілактика, соціальні послуги, соціальна експертиза.

Крім того, аналіз поточної практики соціально-реабілітаційної роботи різних установ (реабілітаційних центрів, шкіл-інтернатів, територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів, геріатричних пансіонатів) в Україні показує, що її межі розширюються в нових напрямках. Останнім часом активно розвивається соціокультурна реабілітація та оздоровлення засобами мистецтва.

Соціокультурна реабілітація передбачає використання технологій соціалізації (складний процес і результат засвоєння та активного відтворення людиною соціокультурного досвіду: знань, цінностей, норм, моралі, традицій) та інкультурації (інтеграція особистості в культурний простір шляхом засвоєння культурних цінностей) на основі різноманітної життєдіяльності у соціальному середовищі.

Артреабілітація передбачає впровадження в практику роботи з клієнтами різних жанрів мистецтва: музики, хореографії, кіно, театру, образотворчого мистецтва, декоративно-прикладного, фольклорного та ігрового.

Крім того, аналіз практики реабілітаційної роботи в спеціалізованих центрах (Волинь, Львів, Тернопіль) свідчить про те, що вони активно використовують регіональну складову: традиції, кліматотерапію, використання природних матеріалів для творчості, еко-тури.

Таким чином, соціальна реабілітація є значним ресурсом для соціальної роботи з різними категоріями клієнтів, і зокрема, з обмеженими можливостями.

Тому його найважливішим завданням є збереження і підтримка людини, групи або колективу в стані активного, творчого і незалежного ставлення до себе, свого життя і діяльності. В її вирішенні важливу роль відіграє процес відновлення цього стану і допомоги людині піднятися на новий рівень соціального життя.

Медики стверджують, що життя людини з набутими захворюваннями опорно-рухового апарату різко змінюється. Руйнуючи старі соціальні ролі та соціальні зв'язки, можливості особистості не завжди відповідають очікуванням оточуючих. З точки зору соціально-психологічної дезадаптації ці люди є «групою ризику», основними причинами якої є, з одного боку, хвороба, а з іншого, особливий соціальний статус [16 , 17 , 18].

Можна констатувати, що на сьогодні процес соціально-психологічної реабілітації людей з обмеженими можливостями є основоположним для соціалізації особистості та забезпечує соціальний розвиток суспільства в цілому [19 , 20].

Психологи відзначають, що ефективність соціальної інтеграції осіб з порушеннями опорно-рухового апарату залежить від ряду факторів, які сприяють/перешкоджають консолідації медико-психологічної та соціальної підтримки цієї групи [21 , 22 , 23 , 24 , 25].

Таким чином, супровід, організований у цій сфері, має включати систему професійної діяльності різних спеціалістів, яка створює умови для прийняття

суб'єктом оптимальних рішень для особистісного розвитку, успішного навчання та соціалізації.

НУБІП УКРАЇНИ

1.2. Особливості соціально-психологічного розвитку підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату

Необхідність реабілітаційних заходів для підлітків із порушеннями опорно-рухового апарату продиктована як наявністю вікової кризи, так і особливостями їх розвитку.

Визначний учений Л. Виготський ще в 20-х роках

XX століття запропонував тезу про загальні закономірності розвитку нормальної та аномальної дитини: «...закони, що керують розвитком як нормальної, так і неформальної дитини, в основі одні й ті ж, подібно до того, як закони

життєдіяльності в основі залишаються тими самими за нормальних і за хворобливих умов функціонування будь-якого органу чи організму загалом» [45,

19]. У нормі та за наявності патології психічний розвиток відбувається поступально, поетапно. Кожен етап характеризується формуванням нових якостей, досконаліших проти попередніми, і є основою майбутнього стрибка у

розвитку. Динаміка розвитку нормальної та аномальної дитини має загальні

закономірності, але кожен вид аномального розвитку характеризується специфічними особливостями, які формуються в процесі взаємодії біологічного, соціального та педагогічного факторів. У зв'язку з вищевикладеними, ми

вважаємо, що при розробці комплексних реабілітаційних програм і проведенні загальних або спеціальних реабілітаційних заходів для підлітків з відхиленнями

в розвитку ОРА, основні принципи, форми і методи будуть збігатися з аналогічними позиціями для нормальних або здорових підлітків, маючи при це свою специфіку.

Для підлітків характерні бажання самоствердитися, прагне, протиставити себе дорослим, відстоювати свої права і незалежність. В транспортному засобі

Водночас для них є важливими схвалення, довіра, захист і підтримка з боку старших. Підлітки шукають визнання дорослими своєї самобетійності, рівності з

НУБІП УКРАЇНИ

ними у правах. Їхньою провідною діяльністю є спілкування з однолітками. Підлітки прагнуть зайняти задовольняюче їх становище в референтній групі, конформно по відношенню до її норм і цінностей. У підлітковому віці у дітей відбувається бурхливий розвиток пізнавальних процесів. Сприйняття стає вибіркоким і цілеспрямованим, довільна увага -стійкою, розвивається логічна пам'ять, формується абстрактне, теоретичне та творче мислення, що стає основою для розвитку самосприйняття та самоусвідомлення. Підліток прагне зрозуміти себе, свої можливості, порівнює себе з іншими людьми, що формує його самооцінку.

Психолог В. Харитонова зазначає, що для сучасних підлітків характерні труднощі у самовизначенні та самореалізації. Поведінка дітей формується на тлі нестабільності економічних, політичних та ідеологічних структур, недосконалості правової бази, змін у цінностях та інтересах людей. Ці причини призводять до того, що поведінка підлітків часто суперечить моральним та правовим нормам. Гострота соціально-економічних проблем, різке розшарування суспільства та його духовна криза стимулюють зростання невпевненості у майбутньому, соціальної апатії та асоціальної поведінки, а також агресивних проявів у поведінці підлітків [42, 57]. Аналогічні прояви ще більшою мірою характерні й для підлітків з відхиленнями у розвитку СРРА, оскільки до них приєднуються проблеми впливу дефекту на соціальний розвиток особистості.

Нами проаналізовано процес комплексної реабілітації дітей та підлітків у закладах освіти, що носить пріоритетно психолого-педагогічний характер, та відповідає наступним принципам:

- 1.облік регіональних особливостей, соціокультурної та економічної ситуації в регіоні, що передбачає знання характеристики дитячих контингентів, структури установ, кадрової ситуації із цілями організації єдиного реабілітаційного простору;

- 2.Партнерство вихованців та соціальних педагогів як суб'єктів реабілітації;

3.Різноманітність реабілітаційних заходів у сімейній, громадській, освітній та інших сферах;

4.Єдність біологічних, психосоціальних та педагогічних методів, що забезпечує різноплановість розуміння особистості та її властивостей;

5.Ступеневість, яка означає постійний перехід від одного реабілітаційного заходу до іншого відповідно до віку, стану організму, психосоціальних особливостей особистості та основних потреб на поточний момент;

6.Індивідуально-особистісний та гуманістичний підходи, що визначають орієнтацію на загальнолюдські цінності в роботі з дітьми, облік зони найближчого та актуального розвитку конкретної дитини, адресний та щадний характер допомоги.

Ми згодні з поглядом психолога Р. Овчарової, яка виділяє такі групи, що реабілітуються в освітньому закладі:

1.Соціально та психологічно занедбані діти та підлітки;

2.Неповнолітні правопорушники, дезадаптовані підлітки з поведінкою, що відхиляється (девіантною), діти-сироти;

3.Діти з порушенням психосоматичного здоров'я – функціональними відхиленнями.

До другої та третьої групи цих дітей входять підлітки з порушеннями ОРА. Таким чином, вони мають можливість проходити реабілітацію і до, і після лікування ЛІЗ. Принципи партнерства, ступінчастості, різноманітності

забезпечують безперервність реабілітаційних заходів та його наступність. Ми вважаємо, що зміст, форми та методи реабілітації залежать від її суб'єктів, однак цілі, загальні завдання та характер допомоги є універсальними для всіх учасників процесу.

Овчарова розглядає реабілітацію девіантних дітей та підлітків як «комплексну, багаторівневу, етапну та динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямованих на відновлення дитини її прав, статусу, здоров'я, дієздатності у власних очах та перед оточуючими. Вона включає аспекти профілактики та корекції відхилень у його розвитку» [39, 44]. Р. Овчарова підкреслює, що,

виходячи з комплексної діагностики досліджуваного явища, можна припускати різні спеціальні реабілітаційні моделі.

Зупинимось дещо докладніше на розкритті суті цієї моделі. Медична реабілітація в освітньому закладі набуває медико-педагогічного характеру. Мета загальної медико-психологічної реабілітації автор визначає як формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей та підлітків. Не залишаються поза увагою фахівців учні з функціональними та морфологічними відхиленнями здоров'я: для дітей II та III груп здоров'я необхідна спеціальна медико-психологічна реабілітація; її мета – ліквідація патологічних змін, що порушують перебіг нормального розвитку дитячого організму, або максимально можлива компенсація вроджених чи набутих відхилень у етапі здоров'я медико-психологічними заходами, повернення суб'єкта до властивого для його віку способу життя та забезпечення його гармонійного фізичного та духовного розвитку. Ми наголошуємо, що цей аспект дозволяє звернути увагу фахівців освітньої установи на реабілітацію підлітків з відхиленнями у розвитку ОРА та за необхідності продовжити реабілітаційні заходи, розроблені у лікувально-профілактичних закладах.

Педагогічний та психологічний аспекти реабілітації дітей до підлітків також взаємопов'язані. Психолого-педагогічна реабілітація в освітньому закладі може бути розглянута як відновлення дитини як суб'єкта провідної діяльності та спілкування в умовах навчання та виховання. Вона передбачає спеціальну ранню корекцію, спеціальну та загальну ранню профілактику; включає корекційні програми для батьків та педагогів.

Автор виділяє такі групи дітей, які потребують соціально-педагогічної реабілітації: які зазнають труднощів у спілкуванні з батьками, однолітками, педагогами та ін; схильні до депривації з різних причин; проживають у неблагополучних сім'ях; які зазнали будь-яких форм фізичного чи психологічного насильства; що відмовилися жити в сім'ї або установах для дітей сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків (осіб, які їх замінюють), що не мають постійного місця проживання, засобів для існування.

Ми можемо зазначити, що багато підлітків, які мають відхилення у розвитку ОРА, мають такі ж проблеми, і, отже, їм необхідні заходи щодо соціально-педагогічної реабілітації як у загальноосвітніх, так і в лікувально-профілактичних закладах, де вони проводять значну частину часу.

Р. Овчарова узагальнює наявний досвід та визначає такі завдання соціально-психологічної реабілітації:

1.Профілактична робота щодо попередження бездоглядності дітей та підлітків;

2.Виявлення джерел та причин соціальної дезадаптації неповнолітніх;

3.Розробка та забезпечення реалізації індивідуальних програм соціальної реабілітації дітей та підлітків, що включають професійно - трудовий, навчально-пізнавальний, соціокультурний, фізкультурно-оздоровчий та інші компоненти;

4.Підготовка рекомендацій та здійснення взаємодії з сім'ями дезадаптованих дітей для забезпечення безперервності корекційно-реабілітаційних заходів із ними в домашніх умовах;

5.Забезпечення тимчасового проживання бездоглядних дітей та підлітків (віком до 18 років) у нормальних побутових умовах з наданням безкоштовного харчування, комунальних послуг, медичного обслуговування, належного догляду та дотримання норм гігієни, а також надання їм необхідної соціальної допомоги;

6.Надання психологічної, психокорекційної та іншої допомоги з подолання кризової ситуації в сім'ї та сприяння поверненню дитини до батьків або осіб, які їх замінюють;

7.Участь спільно із зацікавленими відомствами у вирішенні подальшої долі неповнолітніх, їх влаштуванні;

8.Визначення та здійснення спільно із зацікавленими, відомствами найбільш оптимальних форм виховання дітей.

Аналіз психолого-педагогічної літератури показує, що проблема реабілітації дітей з відхиленнями у розвитку ширша розробляється з середини 90-х років ХХ століття. Так, Е. Тан'юхіна пропонує наступні аспекти цього

процесу: медичний аспект – корекційно-відновне лікування, диспансерне спостереження; психологічний аспект – психокорекція, психотерапія, психологічний тренінг; педагогічний аспект – виховання, освіта; соціальний аспект – соцзабезпечення, соціальна підтримка та соціальна допомога.

Соціальна реабілітація отримала широке визнання в останні роки. Цьому сприяла розвивається теоретико-методологічна база, з одного боку, і підготовка висококваліфікованих фахівців із соціальної роботи, що реалізують наукові положення, з іншого. У сучасній науці існує значна кількість підходів до теоретичного осмислення проблем соціальної реабілітації та адаптації людей з обмеженими можливостями. Соціальна реабілітація-це широке поняття. Це включає в себе адаптацію і пристосування до самого себе, адаптацію до суспільства, до навколишнього середовища. Хвороба або її наслідки часто або повністю змінюють життєвий стереотип людини.

Поняття "соціальна реабілітація" характеризується процесом оволодіння певною системою знань, норм, цінностей, установок і моделей поведінки, інтегрованих в поняття культури, властивої соціальній групі і суспільству в цілому, які дозволяють індивіду виступати в якості активного суб'єкта соціальної реабілітації [10].

Соціальна реабілітація особистості відбувається під впливом поєднання багатьох умов, як соціально контрольованих і цілеспрямовано організованих, так і виникають спонтанно.

Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самореалізація особистості, його активна робота по соціальному вдосконаленню. Якими б сприятливими не були умови для соціальної реабілітації, її результати багато в чому залежать від активності самої людини.

Важливо пам'ятати, що соціальна реабілітація - це тривалий процес протягом усього життя людини.

Соціальна реабілітація особистості-це складний процес її взаємодії з соціальним середовищем, який розкриває якості людини як реального суб'єкта соціальних відносин [18].

Однією з головних цілей соціальної реабілітації є адаптація, пристосування людини до соціальної реальності, що, мабуть, є найбільш можливою умовою нормального функціонування суспільства.

Процес соціальної реабілітації-це процес взаємодії між індивідом і суспільством. Ця взаємодія має на увазі, з одного боку, спосіб передачі соціального досвіду індивіду, включення його в систему соціальних відносин, з іншого - процес особистісних змін. Таке трактування найбільш традиційна для сучасної соціологічної літератури, де соціальна реабілітація розуміється як процес соціального становлення особистості, який включає в себе привласнення індивідом соціального досвіду, системи соціальних зв'язків і взаємин. Суть соціальної реабілітації полягає в тому, що в процесі людина стає членом суспільства, до якого він належить [14].

Реабілітаційні заходи включають:

- Розвиток розумових і фізичних здібностей дитини;
- допомога в отриманні відповідної шкільної освіти, включаючи підготовку до неї;
- Забезпечення умов для участі в суспільному житті дітей, здібності яких остаточно визнані, для набуття тільки практичних навичок;
- Допомога у проведенні відповідних заходів, коли прогресивне навчання неможливе (у разі некваліфікованої допомоги);
- Встановлення реального і більш приємного контакту із зовнішнім світом;
- Підтримувати, удосконалювати і постійно відновлювати фізичні і моральні сили, а також психічну рівновагу;
- Поліпшення життя та житлових умов, організація та проведення дозвілля, повноцінна участь у громадському та культурному житті;
- Необхідність залучення в процес реабілітації та адаптації не тільки дітей як пацієнтів, а й членів їх найближчого оточення;
- Зацікавлене розуміння не лише власних завдань, а й мотиваційне та кольорове моделювання себе в майбутньому, відновлення особистості

прогнозованої дитини, що сприяє відновленню спільного з ними смислового поля [9].

Соціальна реабілітація осіб з інвалідністю є однією з найважливіших і складних завдань сучасних систем соціальної допомоги та соціальних служб.

Інвалідність дітей істотно обмежує їх життєдіяльність і призводить до соціальної дезадаптації. Через порушення їх розвитку та зростання, втрату контролю над своєю поведінкою, а також здатність до самодостатності, пересування та орієнтації, навчання, спілкування та майбутньої роботи [19].

Дитина з діагнозом церебральний параліч може відчувати серйозні труднощі з пересуванням при відсутності пристосувань для фізичних вправ і лікування. Ця ситуація ускладнюється нездатністю або небажанням інших людей спілкуватися з такою дитиною, призводить до соціальної депривації, яка вже в дитинстві затримує розвиток навичок, необхідних для спілкування з оточуючими.

У процесі соціальної реабілітації вирішуються 3 завдання: адаптація, автоматизація та активізація особистості.

Види травм опорно-рухового апарату.

Вроджені та набуті захворювання і травми опорно-рухового апарату спостерігаються у 5-7% дітей. Порушення опорно-рухового апарату можуть бути як вродженими, так і набутими. Існують наступні види патологій:

1. захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч, поліомієліт.

2. вроджена патологія опорно-рухового апарату: вроджений вивих стегна, криві ноги, клишоногість та інші деформації стоп, аномалії розвитку і кінцівок, аномалії пальців, артрогрипоз (вроджена вада розвитку).

3. переважаючі захворювання і травми опорно-рухового апарату: травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок; паліаурит, захворювання кінцівок, системні захворювання скелета.

У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату причиною є руховий дефект (недорозвинена травма або втрата рухових функцій). Більшість з них діти

з церебральним паралічем (89%). У цих дітей рухові порушення поєднуються з психічними і мовними розладами, тому більшості з них потрібно не тільки медична та соціальна допомога, а й психолого-педагогічна і логопедична корекція.

Інші категорії дітей з руховими розладами, як правило, не мають когнітивних порушень і не потребують соціального навчання та виховання. Але всі діти потребують особливих умов життя, навчання і подальшої роботи. У їх соціальній адаптації визначено два напрямки. Перший спрямований на адаптацію навколишнього середовища до дитини. Для цього передбачені спеціальні технічні засоби пересування (коляски, милиці, трости, велосипеди), предмети домашнього вжитку (тарілки, ложки, спеціальні вимикачі для електроприладів), пандуси, виходи на тротуари. Другий спосіб адаптації дитини з руховим дефектом-це пристосуватися до звичайних умов соціального середовища.

Висновки до першого розділу

Трансформаційні процеси в Україні за період незалежності викликали оновлення суспільного життя, динаміку соціальних змін в аспекті демократизації та гуманізації, активізували пошук шляхів оптимізації соціальної роботи та підвищення цінності життя для людей з обмеженими можливостями.

Встановлено, що люди з порушеннями опорно-рухового апарату потребують специфічної соціально-психологічної реабілітації для покращення свого фізичного та психологічного стану.

Соціальна реабілітація - це процес інтеграції особи з обмеженими фізичними, психічними або соціальними можливостями в соціальне середовище. Ця реабілітація має на меті поліпшення якості життя таких осіб, забезпечуючи їм

можливість брати участь у різних сферах життя, включаючи роботу, освіту, культуру та соціальні відносини.

Встановлено, що ця категорія людей часто відчуває труднощі з соціальною адаптацією та має низьку самооцінку.

Вказано, що соціально-психологічна реабілітація передбачає проведення занять і тренінгів, спрямованих на розвиток таких особистісних якостей, як комунікативність, емоційний інтелект і саморегуляція.

Виявлено, що ця категорія людей часто стикається зі складнощами соціальної адаптації та має низьку самооцінку.

Тому соціальна реабілітація для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату є важливою складовою їхнього здоров'я та щасливого життя. Реалізація соціальних програм і проєктів, спрямованих на їхні потреби та інтереси, відповідає концепції інтегрованої соціальної роботи та сприяє підвищенню якості їхнього життя.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

РОЗДІЛ 2

НУБІП України

ДІАГНОСТИКА РІВНІВ СОЦІАЛІЗОВАНОСТІ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

2.1. Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи

Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи "Діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату" у реабілітаційному центрі опорного руху для підлітків "Крок" передбачає наступні етапи та методи діагностики.

Мета експериментальної роботи:

– Вивчення рівня соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

– Визначення особливостей соціального функціонування та адаптації підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

– Розробка програми психосоціальної підтримки та реабілітації для цієї категорії підлітків.

Завдання та етапи дослідження:

2.1. Критерії, показники та діагностичні методики діагностики рівнів соціалізованості:

а. Соціальна адаптація:

– Показники: рівень самооцінки, відношення до себе та інших, спілкування з ровесниками.

– Діагностичні методики: опитувальник самооцінки, масштаб відношення до себе та інших, анкета про соціальну активність.

б. Соціально-психологічна адаптація.

–Показники: емоційна стійкість, рівень тривожності, самореалізація.

–Діагностичні методики: шкала тривожності, опитувальник самореалізації, методика визначення емоційної стійкості.

с. Соціальна підтримка:

–Показники: рівень задоволеності соціальною підтримкою, наявність соціальних контактів, використання ресурсів підтримки.

–Діагностичні методики: анкета про соціальну підтримку, інтерв'ю щодо наявності соціальних контактів, шкала використання ресурсів підтримки.

2.2. Експериментальна база дослідження:

Учасники дослідження - підлітки з порушенням опорно-рухового апарату, які перебувають у реабілітаційному центрі опорного руху "Крок" у Рівне. Розподілення учасників між експериментальною та контрольною групами має бути випадковим та збалансованим.

2.3. Діагностична робота:

–Проведення анкетування та тестування для збору даних від учасників дослідження.

–Обробка отриманих результатів та аналіз даних.

–Порівняння результатів досягнення рівнів соціалізованості між експериментальною та контрольною групами.

–Визначення особливостей соціального функціонування та адаптації учасників експериментальної групи з порушенням опорно-рухового апарату.

–Виявлення залежностей між рівнем соціалізованості та іншими показниками, такими як самооцінка, тривожність та використання соціальної підтримки.

2.4. Розробка програми психосоціальної підтримки та реабілітації:

–На основі отриманих результатів аналізу даних розробка індивідуальної програми психосоціальної підтримки та реабілітації для кожного учасника експериментальної групи.

Враховання особливостей соціального функціонування, адаптації та потреб кожного підлітка з порушенням опорно-рухового апарату.

Включення в програму елементів психологічної підтримки, тренування соціальних навичок, планування майбутнього життя та інші психосоціальні інтервенції, спрямовані на поліпшення соціалізованості та якості життя підлітків.

2.5. Реалізація програми психосоціальної підтримки та реабілітації:

–Проведення індивідуальних та групових занять з учасниками експериментальної групи відповідно до розробленої програми

–Спостереження та вивчення змін у рівні соціалізованості, самооцінці, тривожності та інших показниках учасників під час реалізації програми.

2.6. Оцінка результатів:

–Проведення повторного анкетування та тестування учасників експериментальної групи після закінчення реалізації програми.

–Аналіз та порівняння отриманих результатів зі стартовими даними для визначення ефективності програми.

–Оцінка впливу програми психосоціальної підтримки та реабілітації на рівень соціалізованості, самооцінку, тривожність та інші показники учасників експериментальної групи.

2.7. Аналіз та узагальнення результатів:

–Аналіз отриманих даних та виявлення основних тенденцій у розвитку соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

–Узагальнення отриманих результатів у висновки та рекомендації для подальшої роботи з підлітками з порушенням опорно-рухового апарату.

–Підготовка наукових публікацій та презентацій для доповідей на конференціях та наукових заходах для поширення отриманих знань та досвіду.

Плановані ресурси:

–Необхідність залучення кваліфікованих спеціалістів, таких як психологи, соціальні працівники та фахівці з опорно-рухової реабілітації.

–Фінансові ресурси для проведення дослідження та реалізації програми психосоціальної підтримки.

–Матеріальні ресурси для проведення анкетування та тестування, проведення занять та оцінки результатів.

Часові ресурси для проведення всіх етапів дослідження та реалізації програми.

Очікувані результати:

– Отримання об'єктивних даних щодо рівня соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

– Виявлення особливостей соціального функціонування та адаптації цієї категорії підлітків.

– Розробка індивідуальних програм психосоціальної підтримки та реабілітації для підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

– Поліпшення рівня соціалізованості та якості життя підлітків з порушенням опорно-рухового апарату.

– Розповсюдження отриманих результатів та рекомендацій для подальшої роботи з цією категорією підлітків.

Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи "діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату" базується на системному, комплексному, гуманістичному та діяльнісному підходах. Ці підходи дозволяють зрозуміти і вивчити явища та процеси, пов'язані з соціалізацією підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, а також розробити програму реабілітації в лікувально-профілактичній установі.

Системний підхід в аналізі реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату означає розгляд цього процесу як комплексної системи, в якій різні складові взаємодіють між собою і впливають на загальний результат. Застосування системного підходу дає змогу розглядати реабілітацію підлітків з урахуванням взаємозв'язків між такими складовими, як фізична терапія, медикаментозне лікування, психологічна підтримка, соціальна адаптація тощо[12].

Використання системного підходу дозволяє визначити головні та другорядні компоненти реабілітації і з'ясувати, як вони взаємодіють між собою. Головні компоненти можуть включати основні методи фізичної терапії,

медикаментозне лікування для зняття болю та запалення, а також психологічну підтримку для зміцнення мотивації та самопочуття підлітка. Другорядні компоненти можуть включати соціальну адаптацію, яка забезпечує підтримку у різних соціальних сферах життя підлітка.

Аналіз і визначення взаємозв'язків між різними компонентами реабілітації допомагають зрозуміти, як вони співпрацюють і впливають на розвиток особистості підлітка. Наприклад, ефективне поєднання фізичної терапії з психологічною підтримкою може сприяти не лише фізичному відновленню, але й покращенню настрою та самопочуття підлітка, що має важливе значення для його загального благополуччя.

Комплексний підхід дійсно передбачає розгляд явищ і процесів з урахуванням їх комплексної природи, а це особливо важливо при аналізі соціалізації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату. Соціалізація охоплює не лише фізичні аспекти, а й психологічні, соціальні та емоційні компоненти, які взаємодіють і впливають на розвиток особистості підлітка.

Фізичні аспекти включають функціональні обмеження, фізичну активність та можливість участі у соціальних та рекреаційних активностях. Врахування таких факторів допомагає розробити програму реабілітації, яка сприятиме фізичному відновленню та максимальному включенню підлітків у соціальне середовище[11].

Психологічні аспекти включають розвиток самооцінки, самопочуття, впевненості у собі та розуміння власної ідентичності. Врахування цих аспектів дозволяє забезпечити психологічну підтримку підлітків, стимулюючи їх позитивне самовизначення та самореалізацію.

Соціальні аспекти включають взаємодію з ровесниками, сім'єю, педагогами та іншими членами суспільства. Забезпечення адекватної соціальної підтримки та інтеграції допомагає підліткам з порушеннями опорно-рухового апарату відчувати себе прийнятими та включеними у соціальне середовище.

Емоційні аспекти включають управління емоціями, стресом та розуміння власних почуттів. Забезпечення психологічної підтримки та розвитку емоційної

інтелекції сприяє емоційній стабільності та психічному благополуччю підлітків.

Гуманістичний підхід покладає наголос на унікальність та індивідуальність кожної особистості. У даній програмі гуманістичний підхід застосовується для розуміння та врахування особливостей кожного підлітка з порушеннями опорно-рухового апарату.

Застосування гуманістичного підходу передбачає індивідуальний підхід до діагностики та реабілітації кожного підлітка окремо. Це означає, що під час оцінки стану та потреб підлітка з порушеннями опорно-рухового апарату беруться до уваги його унікальні характеристики, можливості та індивідуальні потреби. Діагностика проводиться з урахуванням особливостей його фізичного стану, психологічного благополуччя, соціальної ситуації та емоційного стану[14].

Реабілітаційна програма також розробляється з урахуванням особливих потреб та можливостей кожного підлітка. Індивідуальний підхід означає, що реабілітаційні стратегії, вправи, методи та терапевтичні підходи адаптуються до потреб кожного підлітка, щоб забезпечити максимальну ефективність та сприяти його розвитку.

Гуманістичний підхід також підкреслює важливість сприйняття підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату як активних учасників свого власного процесу реабілітації. Вони є активними співробітниками у визначенні своїх цілей, сприйнятті своїх потреб і виявленні ресурсів, що сприяють їхньому відновленню та розвитку.

Системний підхід у педагогіці та психології базується на уявленні про навколишню дійсність як систему, в якій взаємодіють та взаємозалежать різні елементи. Цей підхід дозволяє розглядати педагогічні явища, зокрема реабілітацію підлітків, як цілісну систему, в якій існують інтегровані зв'язки та відносини.

У рамках системного підходу визначаються головні та другорядні компоненти (аспекти реабілітації), формуються змінні та стійкі складові

розвитку особистості підлітків. Цей підхід також використовується як інструмент дослідження явищ навчання, виховання та конструювання педагогічних систем.

У вітчизняній психології та педагогіці системний підхід застосовується численними вченими, такими як В. Ганзен, В. Олівцев, Ф. Корольов, В. Краєвський, Т. Лодкіна, В. Сластєнін, Ю. Сокольников, Л. Спірін та іншими. Вони розробляють моделі та теорії, використовуючи системний підхід, що дозволяє розглядати педагогічні явища з точки зору їхньої цілісності.

Характеристики системного підходу, такі як цілісність, цілеспрямованість, функціональність, гомеостаз, керування та розвиток, дозволяють розглядати педагогічні явища, зокрема реабілітацію підлітків, з більш широкої та комплексної перспективи. Для побудови цілісної системи реабілітації підлітків рекомендується застосовувати комплексний підхід, який включає основні положення системного підходу, розроблені такими вченими, як С. Архангельський, Ю. Бабанський, В. Беспалько, Б. Гершунський, В. Сухомлинський [23].

Реабілітаційний процес в ЛПЗ (лікувально-профілактичний заклад) дійсно включає в себе різні аспекти, такі як медична, психологічна, педагогічна і соціальна реабілітація. Кожен з цих компонентів має свої особливості і взаємозв'язок з іншими.

Психологічна реабілітація включає в себе використання психологічних методів та засобів для допомоги пацієнту відновити психічний стан і забезпечити психологічний комфорт. Це може включати індивідуальні консультації, психотерапію, групові заняття та інші методи, спрямовані на покращення емоційного стану та розвиток психологічних навичок.

Педагогічна реабілітація орієнтована на відновлення навчальних і розвивальних процесів у пацієнтів. Вона вимагає тривалого педагогічного впливу для корекції відхилень та досягнення нормального рівня розвитку. Цей

процес може включати індивідуальну освіту, спеціальні методи навчання, підтримку вчителів та інших спеціалістів у навчальному процесі [30].

Соціальна реабілітація спрямована на відновлення соціального статусу пацієнта і його успішну інтеграцію в суспільство. Це може включати оптимізацію розвитку особистості, виховання та навчання, а також надання спеціальної допомоги, соціального захисту та корекційну роботу. Соціальні працівники, педагоги та інші спеціалісти співпрацюють, щоб створити сприятливі умови для інтеграції пацієнтів у суспільство, розвитку їх соціальних навичок та забезпечення підтримки у соціальній сфері.

Також важливим аспектом реабілітаційного процесу в лікувально-профілактичному закладі є медична реабілітація. Це включає в себе лікування пацієнтів за допомогою медичних методів, процедур і терапій, спрямованих на поліпшення їх фізичного стану і функціональних можливостей. Цей компонент може включати фізіотерапію, реабілітаційну гімнастику, масаж, лікування лікарськими препаратами та інші медичні втручання [43].

Взаємодія між різними аспектами реабілітації є важливою частиною процесу. Наприклад, успішна психологічна реабілітація може позитивно позначитись на фізичному стані пацієнта і його здатності до відновлення.

Педагогічна реабілітація може підтримувати і посилювати успіхи, досягнуті у медичній та психологічній реабілітації, сприяючи активному навчанню та розвитку. Соціальна реабілітація допомагає пацієнтам інтегруватись у суспільство, створюючи підтримуюче середовище, де вони можуть розкрити свій потенціал.

Успішна реабілітація вимагає індивідуального підходу до кожного пацієнта, оцінки його потреб і можливостей, а також координації роботи між різними спеціалістами. Командна робота медичного персоналу, психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців є ключовим чинником ефективної реабілітації пацієнтів у лікувально-профілактичному закладі.

Реабілітаційний процес, як описано вами, є комплексним підходом до навчання, виховання і соціальної адаптації підлітків з порушеннями органів

руху. Його основна мета полягає в забезпеченні повноцінного фізичного, психологічного та соціального розвитку цих дітей, забезпеченні їхньої соціальної інтеграції і полегшенні їхнього життя в суспільстві.

Однією з важливих складових реабілітаційного процесу є система медико-соціально-педагогічної діяльності. Ця система включає в себе медичну, соціальну і педагогічну підтримку підлітків з порушеннями органів руху. Медична складова включає лікування, фізіотерапію, реабілітаційні процедури і технології. Соціальна складова передбачає забезпечення соціального захисту, надання правової підтримки і реалізацію прав дітей з обмеженими можливостями. Педагогічна складова включає індивідуальний підхід до навчання та виховання підлітка, що враховує його особливості і фізичні можливості [18].

Другою важливою складовою реабілітаційного процесу є соціально-педагогічний захист дитині підліткового віку. Це означає створення умов для безпечного і сприятливого середовища, в якому підліток може розвиватися та вчитися. Це може включати адаптацію шкільного середовища, надання спеціальних умов для навчання, психологічну підтримку, включення в інклюзивне навчання та інші заходи, які допомагають підлітку з порушеннями органів руху бути активним учасником освітнього процесу та суспільного життя.

Третя складова реабілітаційного процесу - профілактика та корекція деструктивної поведінки. Забезпечення підтримки та виховання підлітків з порушеннями органів руху включає роботу з їхньою поведінкою. Це може включати психологічну підтримку, тренування соціальних навичок, роботу з родинами та навколишнім середовищем для створення сприятливих умов для розвитку позитивної поведінки та запобігання виникненню деструктивних тенденцій.

В результаті такої комплексної діяльності підліток з порушеннями органів руху може досягти вищого рівня соціальної адаптації, покращити своє навколишнє середовище та забезпечити інтеграцію в суспільство. Це досягається шляхом забезпечення необхідної медичної підтримки, освіти, соціального

захисту, виховання та створення умов для розвитку позитивних навичок і поведінки у підлітка.

Філософські положення про норму розвитку вказують, що підлітки з фізичними порушеннями не можуть бути порівняні зі стандартними нормами для дітей. Однак, якщо вони не мають виражених інтелектуальних порушень та отримують ефективну виховання і освіту, то їх можна оцінювати з позицій функціональної норми. Це означає, що їх розвиток має відповідати їхнім можливостям і забезпечувати їхню соціалізацію та інтеграцію в суспільство, задовольняти основні потреби особистості і сприяти успішному здійсненню їхньої основної діяльності[7].

Організований реабілітаційний процес спрямований на досягнення такого результату. Діагностика рівнів соціалізованості допомагає встановити поточний стан підлітків з порушенням опорно-рухового апарату, виявити їхні потреби та можливості, а також спланувати подальші заходи з реабілітації та підтримки. Вона може включати в себе оцінку їхнього рівня фізичного функціонування, соціальних навичок, комунікативних здібностей, самооцінки та інших показників, які впливають на їхню соціалізацію.

Ця діагностика може здійснюватись за допомогою різних методів, таких як спостереження, тестування, анкетування, інтерв'ю та інші. Отримані дані допоможуть реабілітаційному центру визначити індивідуальний план реабілітації для кожного підлітка, спрямований на досягнення оптимальних результатів у їхньому функціональному розвитку та соціалізації.

Реабілітаційний центр опорного руху має на меті забезпечити успішну соціалізацію та інтеграцію підлітків з порушенням опорно-рухового апарату у суспільство. Ця мета розглядається з погляду концепції "нормалізації", яка передбачає створення умов, що відповідають сучасній соціальній політиці України. Згідно з цією концепцією, суспільство повинно забезпечити дітям з фізичними порушеннями умови для ефективного навчання, виховання та надати їм необхідні послуги у сфері освіти, обслуговування та працевлаштування[12].

Основною реабілітаційної діяльності є принципи, які регулюють цей процес і передбачають його результат. Ці принципи відповідають вимогам сучасної педагогіки та враховують концепції, теорії, ідеї та поняття, що стосуються реабілітації. Враховуючи загальносоціальні принципи, вивчається історичний досвід організації реабілітації, соціальна обумовленість та значимість цього процесу для підлітків з патологією опорно-рухового апарату. Принципи інтегративності передбачають, що держава має ставитись до дітей з особливими потребами з увагою, забезпечувати єдність повноважень та відповідальності відповідних соціальних інститутів та діяти в межах закону.

У психолого-педагогічному блоці дисертації відображено основи організації реабілітації підлітків із захворюваннями опорно-рухового апарату в умовах лікувально-профілактичного закладу. Він складається з таких структурних компонентів: зміст і особливості процесу, шляхи та умови, які сприятимуть реалізації поставленої мети.

Основними напрямками діяльності лікувально-профілактичного закладу є диспансеризація; консервативне, оперативне та відновне лікування; організація виховної роботи; Соціально-психолого-просвітницька допомога та підтримка молоді та її батьків.

Реабілітація підлітків з порушенням опорно-рухового апарату в лікувально-профілактичному закладі вимагає міждисциплінарного підходу з боку медичного персоналу, вчителів, вихователів, психолога, соціального педагога та фахівця з корекційної роботи. Це означає, що реабілітаційні заходи та навчання проводяться не лише з медичним контекстом, а також з урахуванням психологічних, педагогічних та соціальних аспектів.

Індивідуальна програма реабілітації складається на основі медичних, психолого-педагогічних досліджень, а також з урахуванням реабілітаційного потенціалу кожного підлітка. Це означає, що план реабілітації розробляється індивідуально, з урахуванням конкретних потреб та можливостей кожної дитини.

Психолого-педагогічний блок визначає зміст процесу реабілітації і орієнтує на особливості та шляхи організації цього процесу в лікувально-профілактичному закладі. Його завдання полягає у визначенні оптимальних умов для ефективності реабілітаційних заходів. Це може включати розробку спеціальних методик, використання адаптивних засобів та технологій, створення комфортного середовища для навчання та виховання підлітків

У лікувально-профілактичному закладі реабілітація підлітків передбачає створення ефективних умов для навчання та виховання кожної дитини з урахуванням її психофізичних особливостей та можливостей. Фахівці забезпечують соціально-педагогічний захист особистості, орієнтуються на профілактику та корекцію деструктивної поведінки дітей у відділенні. Це може включати розвиток навичок соціальної адаптації, сприяння самостійності та самовизначенню, формування позитивного ставлення до себе та оточуючих[13].

Реабілітаційний процес у лікувально-профілактичному закладі орієнтований на всебічний розвиток підлітків з порушенням опорно-рухового апарату, враховуючи їх фізичний, психологічний та соціальний потенціал. Це досягається завдяки спільній роботі медичного персоналу, педагогічних працівників, психологів та інших фахівців, які спрямовані на покращення якості життя підлітків та їх соціальну інтеграцію.

Для підлітків з порушенням опорно-рухового апарату модель реабілітації передбачає комплексний підхід, що включає медичний, психологічний, педагогічний, соціальний та правовий аспекти. Кожен з цих аспектів має свої заходи, спрямовані на поліпшення стану та якості життя підлітків.

Медичний аспект реабілітації включає корекційно-відновне лікування, яке може включати фізіотерапію, масаж, лікувальну фізкультуру та інші методи, спрямовані на відновлення функцій опорно-рухового апарату. Також важливо проводити диспансерне спостереження для контролю за станом пацієнта та вчасного втручання у разі необхідності.

Психологічний аспект реабілітації включає психокорекцію, психотерапію та проведення психологічних тренінгів. Це спрямовано на підтримку

психологічного стану підлітка, покращення його самопочуття та забезпечення психологічної адаптації до нових умов життя.

Педагогічний аспект передбачає створення умов для неперервної освіти під час лікування. Це може включати навчання у спеціальних школах або організацію індивідуального навчання в лікарнях чи реабілітаційних центрах.

Метою є забезпечення можливості отримання освіти та розвитку підлітком незважаючи на його обмеження у фізичних можливостях.

Соціально-педагогічний аспект включає соціальну адаптацію підлітків в лікувально-профілактичних закладах, профілактику та корекцію соціальних відхилень, а також професійну орієнтацію. Це означає забезпечення умов для соціальної взаємодії підлітків, надання підтримки у вирішенні соціальних проблем та орієнтацію на майбутнє у сфері освіти та працевлаштування [14].

Крім того, правовий аспект реабілітації включає захист прав підлітка з порушенням опорно-рухового апарату та забезпечення доступу до необхідних медичних, психологічних та освітніх послуг. Це може включати розробку та застосування законодавчих норм, які гарантують права та захист інтересів цієї категорії підлітків.

На сьогоднішній день немає достатньо розробленої бази загальних та спеціальних реабілітаційних технологій, які можуть бути використані фахівцями з реабілітації підлітків з порушенням опорно-рухового апарату. Аналіз наукових досліджень педагогів, психологів та фахівців з корекційної роботи, а також проведена нами дослідно-експериментальна робота стали основою виділення наступних етапів реабілітації:

1. Діагностичний етап, спрямований на виявлення та діагностування соціально-педагогічних та особистісних проблем підлітка, визначення його реабілітаційного потенціалу з урахуванням медичних рекомендацій;

2. Технологічний етап, що включає розробку та реалізацію індивідуальної програми соціально-педагогічної реабілітації, методичне забезпечення спеціаліста щодо реабілітаційних заходів;

3. Оцінний етап, що дозволяє визначити ефективність проведеної роботи.

Необхідно було розробити критерії ефективності цього процесу, щоб визначити ступінь ефективності реабілітації підлітків у реабілітаційному центрі. Це ефективність реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату та результативність діяльності спеціалістів з їх реабілітації. Кожен із критеріїв включає набір взаємопов'язаних показників, які дають змогу оцінити успішність процесу: комфортність інтеграції молодшої людини в суспільство, комфортність настрою та психофізіологічного стану, мотивація до самовизначення особистості, задоволеність соціальним оточенням, самооцінка, допустимість прояву синдрому психоемоційної напруги, формування комунікації своїх сильних сторін, захист, підтримка, толерантність[21].

На основі вивчення досвіду роботи з дітьми з вадами здоров'я, даних слідчого експерименту, за допомогою розроблених критеріїв і показників ефективності реабілітації попередньо відібрано три основні групи підлітків для проведення дослідно-експериментальної роботи залежно від ступінь реабілітації (високий, середній, низький).

Загальну психолого-педагогічну основу моделі складають системоутворюючі компоненти, які, з одного боку, представляють собою реабілітацію молоді, а з іншого – подальший розвиток професіоналізму медико-психолого-педагогічного персоналу шляхом участі в дослідженнях, працювати.

Вивчення теоретичних напрамовань та матеріалів практичної діяльності педагогів та соціальних працівників ЛПЗ, а також багаторічного досвіду роботи автора в центрі міста Рівного для комплексної реабілітації людей та дітей з обмеженими можливостями та захворюваннями опорно-рухового апарату. Системи дозволяють запропонувати наступні напрямки діяльності фахівця із соціально-психологічної реабілітації дітей підліткового віку з вадами розвитку в умовах лікувально-профілактичного закладу. Перший передбачає вивчення документації та проведення психолого-педагогічних діагностичних процедур для виявлення реабілітаційного потенціалу підприємства.

До закладів не допускаються особи, стан здоров'я яких не дозволяє проводити реабілітаційні заходи, якщо вони мають такі медичні протипоказання:

гострі інфекційні захворювання до закінчення терміну ізоляції; - всі гострі та
 заразні захворювання; часті напади та їх еквіваленти; Захворювання, пов'язані з
 серйозними розладами поведінки, характерними для людини і оточуючих.

Учасниками реабілітаційного процесу є фізичні особи, спеціалісти та
 персонал, який залучається до комплексної реабілітації (медичні сестри,
 практичні психологи, спеціалісти із соціальної роботи, лікарі, інструктори з
 трудової адаптації та інші спеціалісти). Реабілітаційний період становить 30 днів.

Реабілітаційний процес спрямований на:

- Виховання та розвиток основних соціальних навичок (особиста гігієна,
 самообслуговування, фізичні вправи, спілкування тощо) у людей з обмеженими
 можливостями, пристосування умов життя до їхніх потреб, соціальної структури
 та обслуговування, педагогічна корекція з метою розвитку та підтримання
 навичок самостійного (автономного) життя, стереотипів безпечної поведінки;

- Розвиток навичок захисту своїх прав та інтересів, самоаналізу та
 позитивного сприйняття себе та інших, комунікативних навичок, що
 забезпечують самостійне життя в суспільстві за необхідної підтримки;

- Надання своєчасної та ефективної корекційної, соціально-психологічної
 допомоги інвалідам та організація реабілітаційного процесу відповідно до
 особливостей їх психофізичного розвитку.

Тому супровід, організований у цій сфері, має включати систему
 професійної діяльності різних спеціалістів, створення умов для прийняття
 суб'єктом оптимальних рішень для розвитку особистості, успішного навчання та
 соціалізації.

Проте в практиці реабілітації людей з набутими вадами діє протиріччя між
 завданнями реабілітації та відсутністю механізму вирішення цих завдань у
 вигляді розробленої концепції запровадження інтегрованої моделі соціально-
 психологічного супроводу люди з обмеженими можливостями.

Аналогом запропонованого комплексного психологічного підходу до
 реабілітації інвалідів із набутими захворюваннями опорно-рухового апарату є

застосовуваний у медицині підхід орієнтації на реабілітаційну діагностику [26, 27].

На основі цього підходу в майбутньому будуть створені конкретні програми реабілітаційного лікування. Його суть полягає не тільки в комплексному аналізі загального стану, а й у використанні даних для прогнозування динаміки важливих факторів. Інваліда навчають адаптуватися до прогнозованого рівня своїх можливостей. При цьому враховуються психосоціальні аспекти цих можливостей.

Таким чином, крім медичних розладів, при корекції психоемоційних розладів перед інвалідом ставиться завдання підвищення самостійності в самообслуговуванні, фізичних навантаженнях, важкій домашній і трудовій діяльності, а також у творчо активному дозвіллі та захопленнях. Наша робота встановлює психологічну сторону реабілітації, загальна логіка якої наближається до побудови реабілітаційного діагнозу.

Психологічна реабілітація не може стосуватися лише людей з обмеженими можливостями. Необхідно враховувати психосоціальні аспекти, а саме стан сім'ї, її економічний рівень, її культурні та гендерні аспекти тощо [28].

Принцип гуманізму орієнтований на пошук позитиву для «подолання» кризових ситуацій, реалізацію потенціалу особистості, визнання абсолютної цінності особистості, її унікальності та права на свободу вибору (цей принцип) є науково-методичним, наголошує на необхідності пошуку позитиву в «кризових ситуаціях» (актуалізація потенціалу особистості, визнання абсолютної цінності особистості, її унікальності та права на свободу вибору). [53].

Вчений І. Петров вивчає елементи так званого цільового проекту психологічної реабілітації дітей з вадами здоров'я. Метою цільового проекту є створення умов, які сприятимуть вирішенню проблем розвитку особистості та проблем окремої соціальної групи. Оптимізація соціального, культурного та соціально-психологічного середовища хворої дитини [84].

Такі проекти мають спільну мету: дати молодим людям з інвалідністю можливість змінити своє життя, наповнити його новим змістом, допомогти

змістовно та цікаво провести вільний час, зберегти своє здоров'я та насолоджуватися життям.

Реабілітаційні програми допомагають створити такі умови, в яких підліток відчуває себе не об'єктом, а суб'єктом соціокультурної діяльності. Відновлення здатності молоді з набутими вадами організовувати свій вільний час та дозвілля відповідно до своїх інтересів та уподобань; забезпечення їх життя та соціально-культурної діяльності; Створення сприятливого психоемоційного середовища через спілкування та дозвілля; Набуття пристосованості до нових умов життя – основне завдання реабілітаційних проектів.

Психологічна реабілітація не може стосуватися лише людей з обмеженими можливостями. Необхідно враховувати психосоціальні аспекти, а саме стан сім'ї, її економічний рівень, її культурні та гендерні аспекти тощо [28].

Принцип гуманізму орієнтований на пошук позитиву для «подолання» кризових ситуацій, реалізацію потенціалу особистості, визнання абсолютної цінності особистості, її унікальності та права на свободу вибору (цей принцип) є науково-методичним, наголошує на необхідності пошуку позитиву в «кризових ситуаціях» (актуалізація потенціалу особистості, визнання абсолютної цінності особистості, її унікальності та права на свободу вибору). [53].

Аналіз і узагальнення досліджень з психології підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату дозволили нам виявити ключові аспекти, що вимагають детального емпіричного вивчення внутрішньої картини здоров'я цієї категорії підлітків:

- 1) постійно інформувати підлітків про їх власне здоров'я "Здоров'я / хвороба";
- 2) особисте ставлення підлітків до власної хвороби;
- 3) визначення джерела відповідальності за стан здоров'я;
- 4) стратегії поведінки підлітка з набутою дисфункцією з метою збереження і підтримки власного здоров'я.

Емпіричне дослідження дозволить нам з'ясувати:

- зміст феномену "внутрішній образ здоров'я" в підлітковому віці в єдності структурних компонентів: сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового;

- особливості внутрішнього стану здоров'я підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату;

- визначити, ґрунтуючись на результатах дослідження, напрямок оптимізації внутрішнього стану здоров'я підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату;

- розробити психолого-педагогічну програму з оптимізації стану внутрішнього здоров'я підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату.

Критеріями внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату були: уявлення про власне здоров'я в континуумі "здоров'я/хвороба", особисте ставлення підлітка до власного захворювання, зняття відповідальності за стан свого здоров'я, поведінкові стратегії підлітка з набутими дисфункціями з підтримки і підживлення свого здоров'я.

У дослідженні розглядається припущення про те, що оптимізація внутрішнього стану здоров'я багато в чому визначає успішну психологічну реабілітацію підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату.

Така гіпотеза вимагає поділу емпіричного дослідження на чотири еквівалентних етапи, першим з яких є діагностика, що дозволяє об'єктивно пролити світло на картину внутрішнього здоров'я підлітків з набутими руховими порушеннями і визначити компоненти ВКЗ, що підлягають корекції; другий - проєктно-конструктивний-визначення психолого-педагогічних факторів оптимізації ВКЗ і розробка відповідної програми; третій - формує реалізацію пілотної програми з оптимізації внутрішньої картини здоров'я; четвертий - контрольний етап - перевірка ефективності впровадженої програми.

Таблиця 2.1.

Етапи емпіричного дослідження внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Етапи емпіричного дослідження		Зміст
Етап I	Констатувально-діагностичний	Формування комплексу психодіагностичних методів дослідження ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА. Організація дослідження. Збір та якісний аналіз емпіричного матеріалу. Математична обробка, кількісна та якісна інтерпретація результатів емпіричного дослідження.
Етап II	Проектувально-конструктивний	На основі емпіричного дослідження визначення потреб та завдань оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА. Визначення психологічних та педагогічних чинників оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.
Етап III	Формувальний	Апробація програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА: зустріч з лікарем-куратором, аналіз медичної документації, первинна зустріч з підлітком; залучення мультидисциплінарної команди (психолог, педагог, лікар-реабілітолог, фізіотерапевт); реалізація програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА шляхом оптимізації їх ВКЗ.
Етап IV	Контрольно-оцінний	Оцінка ефективності роботи програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

На першому (складовому) етапі був розроблений набір діагностичних методів, оптимально відповідних цілям і завданням дослідження, який включав систему запитань для бесід і інтерв'ю з респондентами; стандартизовані і проєктивні методи, і авторську анкету. Також була розроблена стратегія цілеспрямованого моніторингу поведінки випробовуваних і збору результатів спостережень.

Обрана нами комбінація додаткових методів дозволяє проаналізувати значущі фактори формування ВК у підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату і досягти мети емпіричного дослідження.

Другим (проєктивним і конструктивним) етапом був відбір і розподіл респондентів по групах в залежності від цілей дослідження.

У дослідженні взяли участь 120 осіб, у тому числі 60 здорових підлітків та 60 підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату, які навчаються в Рівненській обласній школі, дитячих та спортивних закладах для інвалідів та в Рівненському обласному центрі комплексної реабілітації «КРОК», у тому числі

18 осіб із захворювання, спричинені порушеннями опорно-рухового апарату. Діти з набутими м'язовими і руховими порушеннями: 15 хлопчиків і 3 дівчинки у віці 10-13 років. 42 людини з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату (травми, викликані падінням): 29 хлопчиків і 13 дівчаток (у віці 10-13 років). Вибірка не включала підлітків з серйозними руховими порушеннями, які повинні супроводжуватися медичним персоналом і лежати.

Зразок дослідження був підготовлений на добровільній основі з дотриманням конфіденційності персональних даних. Всі діти та їхні батьки погодилися провести дослідження, а також дотримувалися інструкцій, передбачених використовуваними методами.

На третьому (освітньому) етапі були опитані респонденти і застосовані вибрані методи психодіагностики. Опитування проводилося у формі інтерв'ю та бесід, основною метою яких було отримання інформації про ідеї, значення та досвід щодо власного здоров'я підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату.

В якості додаткового методу ми використовували цільовий моніторинг, який призвів до визначення підзвітності респондентів та їх готовності брати участь у наступному дослідженні.

На четвертому (контрольному) етапі оцінювалася ефективність програми оптимізації ВКЗ для підлітків з набутими порушеннями ОРА.

Для емпіричного дослідження психологічних особливостей картини внутрішнього здоров'я підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату було обрано комплекс психодіагностичних методик, який виявляє особливості ВКЗ у складі нутривного, емоційного, когнітивного, синісно-моторного та поведінкового компонентів:

Метод аналізу документації

Метод аналізу документації є дослідницьким підходом, який використовується для оцінки та аналізу наявної документації, що стосується певної проблеми чи дослідження. Цей метод може бути застосований для обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи 'Діагностика

рівнів соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату" у реабілітаційному центрі опорного руху для підлітків "Крок".

Детальний процес методу аналізу документації зазвичай включає наступні кроки:

Збір документації: Спочатку необхідно зібрати всю наявну документацію, пов'язану зі специфічною проблемою або дослідженням. У нашому випадку, це може включати медичні документи пацієнтів, раніше проведені дослідження про соціалізованість підлітків з порушенням опорно-рухового апарату, рекомендації та протоколи лікування.

Систематизація документації: Після збору документів необхідно їх систематизувати для зручності аналізу. Це може включати класифікацію документів за темами, типами або іншими відповідними категоріями.

Аналіз документації: Наступним кроком є уважний аналіз документації з метою отримання важливої інформації. Це може включати оцінку результатів попередніх досліджень, виявлення зв'язків, виявлення прогалин у знаннях або доказів.

Визначення потреб і проблем: Після аналізу документації слід визначити потреби та проблеми, які потрібно вирішити за допомогою дослідно-експериментальної роботи. Це може включати виявлення прогалин у знаннях, необхідних для визначення рівнів соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату, а також виявлення недостатньо розвинених методик діагностики.

Розробка програми дослідно-експериментальної роботи: На основі виявлених потреб і проблем слід розробити програму дослідно-експериментальної роботи. Це може включати вибір методів діагностики, розробку інструментарію, планування процедур та визначення метрик для оцінки результатів.

Обґрунтування програми: За допомогою аналізу документації можна обґрунтувати програму дослідно-експериментальної роботи. Це включає посилення на попередні дослідження та рекомендації, які підтверджують

потребу в проведенні такої роботи, а також пояснення, як програма вирішує виявлені проблеми та відповідає на поставлені дослідницькі питання.

Застосування методу аналізу документації у нашому випадку допоможе визначити наявні знання та прогалини щодо соціалізованості підлітків з порушенням опорно-рухового апарату, що дасть підстави для розробки програми дослідно-експериментальної роботи. Крім того, аналіз документації дозволить обґрунтувати потребу у такій програмі та її потенційну ефективність для підлітків у реабілітаційному центрі опорного руху "Прометей" у Києві.

2) Анкета SF-36 - це коротка форма неспецифічної анкети для визначення якості життя (короткий огляд здоров'я з 36 пунктів) (дод.Б.2.)

3) Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (модифікація В. В. Добрякова);

4) Метод "незакінчених речень" Сакса і Леві,

Метод "незакінчених речень" відомий як психологічна техніка, розроблена американськими психологами Роджером Саксом і Карен Леві. Цей метод використовується для дослідження і розуміння психологічних аспектів особистості та взаємодії між людьми.

Метод базується на принципі того, що незакінчені речення спонукають людей до завершення їх уявно. У рамках дослідження або терапії людям пропонуються незакінчені речення, які вони повинні продовжити, наприклад, "Я боюся...", "Я хочу...", "Я ніколи не..." тощо.

Продовження речень відображають внутрішні переживання, думки, почуття та особистісні особливості людини. Це може допомогти розкрити та зрозуміти психологічні проблеми, вплив минулих подій та відносин, а також потреби та бажання людини.

Метод "незакінчених речень" широко використовується в психологічних дослідженнях, клінічній практиці та психотерапії. Він дозволяє людям виявляти та виражати свої емоції, ставлення до себе та інших, а також розкривати глибинні аспекти своєї особистості.

Цей метод може бути корисним для розуміння себе, вдосконалення взаємодії з оточуючими та розвитку особистісного росту. Проте, важливе

використовувати його під керівництвом кваліфікованого фахівця, так як можуть виникати емоційно навантажені ситуації, які потребують обізнаності та підтримки.

Варто зауважити, що, хоча метод "незакінчених речень" може бути корисним інструментом в психологічній роботі, він не є універсальним рішенням для всіх ситуацій і не підходить для всіх людей. Кожна людина унікальна, і підхід до роботи з нею повинен бути індивідуалізованим.

5) Спосіб діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарка.

6) Опитувальник для підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату (дод. Б.1.)

Для лікування всіх перерахованих вище методів і прийомів психодіагностики використовувалися наступні методи математичної статистики:

Спочатку, для всіх методів були обчислені "неопрацьовані" значення, які потім перетворили в стандартні Z-показники, використовуючи стандартну процедуру: спочатку були розраховані значення арифметичного середнього (M) і стандартного відхилення (σ), а потім "неопрацьовані" значення були перетворені за формулою $Z = (x_i - M) / \sigma$, де x_i - індивідуальний показник для досліджуваного методу, вимірюваний на шкалі.

Початковий аналіз даних включав створення таблиць і діаграм розподілу частот, які були використані для вивчення кожної характеристики, що досліджувалась. Були обчислені абсолютна і відносна частота розподілення даних (результатів тестування для кожного методу). Абсолютна частота показує, скільки разів кожне значення ознаки зустрічається. Відносна частота обчислюється як частка спостережень, що відповідає певному значенню ознаки, за формулою: $f_0 = f_a / N$, де f_a - кількість спостережень для певного значення ознаки, а N - загальна кількість спостережень.

Спочатку, "необроблені" дані, де f_a - це абсолютна частота певного значення ознаки, N - кількість спостережень (обсяг вибірки), а f_0 - відносна частота цього значення ознаки, були використані для вивчення складних багатофакторних характеристик, психологічних особливостей особистості,

емоційних станів і стилів поведінки. При розгляді питання про дослідження було враховано, що кореляція між цими характеристиками є нелінійною. Для встановлення взаємозв'язку, було достатньо отримати невеликий коефіцієнт кореляції з високою статистичною значущістю (наприклад, $p \leq 0,01$) - такий як середнє відношення $r = 0,50 < r < 0,69$ або помірне відношення $r = 0,30 < r < 0,49$)

[121].

Метод аналізу факторів - це математичний підхід, який дозволяє досліджувати взаємозв'язки між різними змінними та відкривати заховані причини цих взаємозв'язків з метою виявлення факторної структури даних.

Фактори розглядаються як корені загальної змінності декількох вихідних факторів [91]. Пошук факторної структури зазвичай пройшов через шість етапів [91]:

- Оберіть вхідні дані. Це включає представлення всіх характеристик у метричному форматі, і бажано перейти на одну шкалу для всіх характеристик - у даному випадку ми зробили перетворення всіх результатів експериментального дослідження на спільну шкалу. Формується матриця між досліджуваними ознаками (застосовується кореляційний аналіз за Пірсоном).

- Перші етапи визначення кількості факторів. На цій стадії, застосовуючи метод аналізу головних компонент, обробляється матриця вихідних характеристик, результатом якої є діаграма власних значень, що використовується для визначення кількості факторів. Для цього застосовуються критерії Р. Кеттела і критерій Г. Кайзера - кількість власних значень факторів, які перевищують 1, показує кількість факторів.

- Метод факторизації ітераційної кореляційної матриці. Це технічний етап, який виконується для отримання матриці факторних навантажень (факторної структури) перед їх інтерпретацією. Цей процес не може бути безпосередньо зрозумілим.

- Модифікація факторів та їх попередителне пояснення. На цьому етапі обирається один з аналітичних методів ротації факторів, зазвичай

нормалізований метод Varimax. Завдяки ротації досягається найбільш зрозуміла факторна структура.

2.2. Діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату

Участь в експериментальній роботі взяли підлітки з набутими порушеннями опорно-рухового апарату, які навчаються в обласній дитячій спортивній школі для інвалідів та обласному центрі соціальної реабілітації "КРОК" в м. Рівне. Загальний розмір вибірки склав 60 осіб. З них 18 осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, набутими в результаті захворювання, переданого в дитинстві (рахіт): 15 хлопчиків і 3 дівчинки у віці 10-13 років. 42 людини - з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату (травми, отримані в результаті падіння і т. д. народилися): 29 хлопчиків і 13 дівчаток (10-13 років). Вибірка не включала підлітків з серйозними руховими порушеннями, які повинні супроводжуватися медичним персоналом і лежати.

Використовуючи поняття реабілітаційного процесу, ми маємо на увазі процесуальну цілісність, систему медико-соціально-педагогічної діяльності, спрямовану на навчання та виховання підлітка, що враховують його особливості та фізичні можливості; на соціально-педагогічну захист дитині підліткового віку; профілактику та корекцію деструктивної поведінки. В результаті такої діяльності підвищується рівень соціальної адаптації дитини, покращується навколишнє середовище, створюються умови, що сприяють інтеграції підлітка, що має порушення органів руху, у суспільство.

Істотну значимість для досліджуваної проблеми є філософські положення про норму розвитку. Підлітків із фізичними порушеннями не можна зарахувати до групи дітей, чий кількісно-якісні показники відповідають середньому рівню норми. Тим не менш, відсутність явних інтелектуальних порушень, ефективні умови виховання та освіти, прийняття та відтворення вимог суспільства

дозволяють оцінювати їх розвиток з позицій функціональної норми. Її можна розглядати і як відправну точку, і як мету реабілітації підлітка незалежно від наявності у нього тих чи інших патологій. Відповідність функціональній нормі означає соціалізацію та інтеграцію, задоволення основних потреб особистості та продуктивне виконання провідної діяльності. Такого результату, на наш погляд, має призвести організований реабілітаційний процес.

Успішну соціалізацію та інтеграцію у суспільство дітей із фізичними порушеннями ми розглядаємо з погляду концепції «нормалізації». Вона відображає вимоги сучасної соціальної політики України до суспільства, яке має забезпечити людям з обмеженими можливостями умови для їх ефективного навчання і виховання, надати необхідні послуги у сфері освіти, обслуговування, працевлаштування.

В основі реабілітаційної діяльності лежать принципи, що регулюють даний процес та прогнозують його результат, загальнонаукові принципи припускають відповідність всіх компонентів процесу вимогам сучасної педагогіки, відображення концепцій, теорій, ідей, понять, що визначають реабілітацію. Принципи інтегративності визначають ставлення держави до дітей з особливими потребами, єдність повноважень та відповідальності відповідних соціальних інститутів, законність.

Психолого-педагогічний блок моделі відображає основи організації реабілітації підлітків у лікувально-профілактичному закладі. Він має такі структурні компоненти: зміст та особливості процесу, шляхи та умови, що сприяють реалізації поставленої мети.

Основними напрямками діяльності лікувально-профілактичного закладу з реабілітації є медичне обстеження; консервативне, оперативне та відновне лікування; організація навчально-виховної роботи; соціально-психолого-педагогічна допомога та підтримка підлітків та їх батьків.

Головною особливістю реабілітації в ЛПЗ є міждисциплінарний характер впливу на дітей підліткового віку з боку медичного персоналу, вчителів, вихователів, психолога, соціального педагога та фахівця з корекційної роботи.

Усі реабілітаційні заходи та навчання проводяться на фоні медичного обслуговування. Індивідуальна програма реабілітації складається за підсумками медичних, психолого-педагогічних досліджень з урахуванням реабілітаційного потенціалу підлітка.

Основні особливості реабілітації продиктовані специфікою діяльності лікувально-профілактичного закладу та психофізичними станом пацієнтів. До цих особливостей відносяться: медико-психолого-педагогічне вплив на підлітків; організація та проведення реабілітаційних заходів на тлі постійного медичного обслуговування з урахуванням особистісних особливостей та реабілітацій; увагу приділяють соціально-педагогічному аспекту реабілітації серед шляхів організації процесу виділяється специфіка навчальної та позанавчальної діяльності дітей, що бере до уваги наявність у них рухових порушень.

У технологічному блоці моделі розкривається структура реабілітації, що складається із взаємопов'язаних медичного, психологічного, педагогічного, соціального, правового аспектів. Заходами реабілітації з медичного аспекту є корекційно-відновне лікування та диспансерне спостереження. До психологічного аспекту входять психокорекція, психотерапія, проведення психологічних тренінгів. У педагогічний - виховання, створення умов для здобуття під час лікування безперервної освіти. Соціально-психологічний аспект включає соціальну адаптацію підлітків в ЛПЗ, профілактику і корекцію наявних соціальних відхилень, професійну орієнтацію.

Висновки до другого розділу

Діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату є важливою задачею у сфері медицини та соціальної підтримки. Якість життя є ключовим показником для оцінки добробуту та задоволеності підлітків, особливо тих, хто має проблеми з опорно-руховим апаратом.

У медичинському контексті якість життя розглядається як інтегральна характеристика стану людини і включає фізичний, психологічний і соціальний компоненти. Фізичний компонент охоплює фізичні симптоми, функціональну здатність та здатність до самообслуговування. Психологічний компонент включає тривогу, депресію та ворожу поведінку. Соціальний компонент охоплює соціальну підтримку, можливість працювати та утримувати соціальні зв'язки.

Феномен якості життя активно вивчається у соціологічних, психологічних і медичних дослідженнях, проте обмежена кількість робіт, присвячених дослідженню якості життя підлітків, зокрема з урахуванням їхніх опорно-рухових проблем.

Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи з діагностики рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату є актуальним завданням для подальшого вдосконалення підходів до підтримки та реабілітації цієї категорії осіб.

Необхідність проведення діагностики рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату впливає з багатьох причин. По-перше, такі підлітки можуть зазнавати значних фізичних обмежень і мобільності, що може вплинути на їх соціальну взаємодію та інтеграцію в суспільство. По-друге, вони часто зустрічаються зі стигматизацією та соціальним виключенням, що може негативно впливати на їх психологічний стан та загальний самопочуття.

Діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату дозволить отримати об'єктивну інформацію про їхню функціональність, емоційний стан та соціальну адаптацію. Це допоможе виявити можливі проблеми та потреби цієї групи молодих людей, а також розробити ефективні стратегії підтримки та реабілітації.

Організаційно-методичне обґрунтування програми дослідно-експериментальної роботи з діагностики рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату передбачає використання комплексного підходу. Це може включати в себе застосування стандартизованих

психологічних тестів та анкетувань для оцінки психологічного стану та якості життя, медичних обстежень для визначення фізичного функціонування, а також соціальних досліджень, що оцінюють рівень соціальної підтримки та взаємодії з оточуючими.

Важливо врахувати особливості цільової групи та їхні потреби при розробці програми дослідження. Необхідно забезпечити конфіденційність та етичність у зборі та обробці даних. Результати дослідження можуть бути використані для удосконалення психологічної, медичної та соціальної підтримки підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, а також для розробки індивідуальних планів реабілітації та соціальної адаптації.

Таким чином, діагностика рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату є необхідною для забезпечення їхнього оптимального фізичного, психологічного та соціального розвитку. Розробка організаційно-методичної програми дослідження дозволить систематизувати та стандартизувати процес діагностики, сприятиме розвитку ефективних підходів до підтримки та реабілітації цієї групи підлітків.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ПЕРЕВІРКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

3.1. Обґрунтування та реалізація експериментальної арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату

Експериментальна арт-терапевтична програма соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату є інноваційним підходом, який поєднує мистецтво, креативні процеси і психологічну підтримку з метою поліпшення фізичного, психологічного та соціального стану цих пацієнтів.

Головна ідея програми полягає в тому, що використання мистецтва і креативних процесів може сприяти відновленню та розвитку різних аспектів життя підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату. Арт-терапія дозволяє їм виразити свої почуття, думки і емоції через творчість, що сприяє поліпшенню самооцінки та самовираження[18]. Технологія містить розроблену програму занять арт-терапевтичної соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, яка спрямована на поліпшення комунікаційних навичок підлітків для підвищення рівня соціалізації дітей з ОРА.

Арт-терапевтичні заняття містять дві складові частини.

Перша – невербальна, творча, неструктурована, у якій основним видом діяльності є сам процес творчості.

Друга частина – вербальна інтерпретація створених зображень, асоціацій, емоцій і почуттів, що виникали в процесі роботи.

Структура арт-терапевтичного заняття складається з таких етапів:

1. Налаштування на роботу («розігрів»).
2. Активізація різних чуттєвих сфер (зорової, слухової, смакової, нюхової, тактильної, кінетичної) й актуалізація візуальних, аудіальних і кінестетичних

образів (як варіант – застосування елементів медитації у поєднанні з музичним супроводом).

3. Індивідуальна творча робота.

4. Етап вербалізації.

5. Заключний етап – рефлексивний аналіз [16].

Практика сучасної арт-терапії реалізується в 2 формах: індивідуальній і груповій. Програмою передбачено групова арт-терапія, яка допомагає розвивати соціальні й комунікативні навички; надати взаємну підтримку членам групи та вирішити загальні проблеми; спостерігати результати своїх дій і їхній вплив на інших; засвоювати нові ролі та виявляти латентні (приховані) якості особистості; спостерігати, як модифікація рольової поведінки впливає на взаємини з іншими; підвищувати самооцінку; розвивати навички прийняття рішень [там само].

Взаємодія з іншими учасниками, а також з арт-терапевтами та соціальними працівниками, допомагає їм навчитися встановлювати контакти, спілкуватися та розвивати соціальні навички.

Фізична реабілітація також включена в програму. Вона може охоплює фізичні вправи, рухові ігри та інші активності, спрямовані на поліпшення функціонування опорно-рухового апарату підлітків. Це допомагає зміцнити м'язи, покращити рухову координацію і гнучкість.

Окрім цього, програма може включати індивідуальні та групові сесії, де підлітки отримують підтримку та консультацію від арт-терапевтів та психологів.

Ці сесії допомагають підліткам розробити стратегії для подолання емоційних труднощів, навчитися ефективно копіювати зі стресом та розвивати позитивне ставлення до себе.

Експериментальна програма арт-терапевтичної соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату має потенціал поліпшити як фізичний стан, так і психологічний та соціальний благополуччя цих пацієнтів.

Програма створена з урахуванням індивідуальних потреб та може бути адаптована до конкретних вимог і цілей кожного підлітка.

Фізичне обстеження є однією з важливих складових цього етапу. Через нього можна оцінити фізичний стан підлітка, виявити наявність порушень опорно-рухового апарату, оцінити рівень моторних навичок та функціональні можливості. Це дозволяє арт-терапевтам і медичному персоналу отримати необхідну інформацію для розробки індивідуальної програми реабілітації, яка буде враховувати фізичні обмеження та потреби підлітка [17].

Психологічне обстеження є ще однією важливою складовою процесу оцінки. Це включає проведення спеціальних тестів, опитувань та спостережень, що дозволяють виявити психологічні аспекти стану підлітка. Це може включати виявлення емоційних проблем, проблем взаємодії з іншими, рівня самооцінки та самопочуття. Результати психологічного обстеження допомагають арт-терапевтам розуміти психологічні потреби та можливості підлітка і враховувати їх у процесі реабілітації.

Соціальне обстеження включає оцінку соціального середовища, в якому функціонує підліток, та виявлення соціальних факторів, що можуть впливати на його реабілітацію. Це може включати оцінку сімейного оточення, соціальних контактів, підтримки та доступу до ресурсів. Результати соціального обстеження допомагають арт-терапевтам усвідомити соціальні чинники, що впливають на підлітка, і враховувати їх у плануванні інтервенцій.

Враховуючи результати фізичного, психологічного та соціального обстеження, арт-терапевти можуть скласти індивідуальну програму реабілітації, яка буде враховувати унікальні потреби, можливості та проблеми кожного підлітка з порушеннями опорно-рухового апарату. Це дозволяє забезпечити ефективну та цілеспрямовану підтримку, спрямовану на поліпшення фізичного, психологічного та соціального благополуччя підлітків.

Використання різних видів мистецтва є дійсно важливим елементом програми арт-терапії для підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату. Ці види мистецтва, такі як живопис, скульптура, музика, танець та інші, відіграють роль засобу самовираження, розвитку творчих здібностей та сприяють покращенню фізичного та психологічного благополуччя підлітків.

Один із важливих аспектів використання мистецтва в арт-терапії полягає у стимулюванні творчого самовираження підлітків. Вони мають можливість вільно виражати свої думки, почуття та емоції через обрані види мистецтва.

Наприклад, малювання або скульптура дають можливість підліткам відтворити свої переживання та виразити їх у творчому процесі. Це особливо корисно для тих, хто має обмежені можливості фізичного виразу, оскільки мистецтво дозволяє їм знайти альтернативний спосіб вираження себе.

Крім того, мистецтво сприяє розвитку індивідуальних потенціалів підлітків.

Вони можуть відкривати нові таланти та здібності, розкривати свій творчий потенціал та розвивати мистецькі навички. Це сприяє підвищенню самооцінки, розширенню можливостей самовираження та розвитку особистості [23].

Окрім самого процесу творчості, арт-терапія може включати інші елементи, такі як рефлексія, групова діяльність, дискусії та інтерактивні завдання, які допомагають підліткам розуміти свої емоції, працювати з ними та знаходити способи подолання труднощів.

Мета даної роботи включала впровадження комплексної реабілітаційної роботи в центрі з людьми з обмеженими можливостями - артреабілітації (реабілітаційна робота художніми засобами). Цей вибір був обумовлений тим, що більшість клієнтів реабілітаційного центру фактично перебувають за межами культурного та мистецького простору на мікро- та макрорівнях.

Їх освітлення носить епізодичний характер (щоді це концерт, святковий захід, театральна вистава, участь у творчому заході). Знання в області мистецтва в різні вікові періоди практично були відсутні.

Спілкування з клієнтами показало, що у них мало (часто елементарних) знань в області мистецтва. Більшість з них знайомі з його жанрами (музика, кіно, поезія, танець, образотворче мистецтво, театр, фольклор) і характеризують його особливості. У багатьох людей є свої улюблені фільми, пісні, виконавці, телевізійні шоу тощо. Що стосується розуміння краси, то вони помічають її в природі, в картинах, в творах народної творчості. Тому в даній ситуації важливо

включити арт в комплексну систему реабілітації, щоб допомогти клієнту краще пізнати свій внутрішній світ.

А. Копітін називає арт-терапію одним з напрямків творчої арт-терапії, в якому творча активність клієнтів використовується як фактор лікувально-профілактичного впливу, за допомогою якого клієнт самовиражається (музика, театр, танець, живопис, мистецтво малювання на полотні). [30, с. 8]. Художня діяльність клієнтів використовується як фактор терапевтичного і профілактичного впливу при перевазі певного жанру мистецтва (музика, театр, танець, живопис, екранне мистецтво).

Термін "арт-терапія" в перекладі з англійської означає "лікування, засноване на мистецтві". Мета арт-терапії - вивести негативні стани, реконструювати і зафіксувати "особисте я". Суть методу полягає в здатності позитивних емоційних і стресових впливів відновлювати духовну індивідуальність людини, що знаходиться в деструктивному стані. У цьому випадку відбувається відновлення психічної стійкості, позитивного світогляду, підкреслює А. Вознесенська.

Поезія має значний реабілітаційний потенціал. Вона здатна проникати у внутрішній світ індивіда, проникати в його найтонші почуття і потаємні думки, викликані життєвими обставинами. Завдяки лаконічному і концентрованому вираженню авторської думки поезія має багато переваг у вихованні культури почуттів і переживань, формуванні її духовного світу, зазначає Л.Бондаренко [11, с. 26].

До програми увійшли поетичні твори Т.Шевченка, Л. Українки, Л. Костенко та Рівненської поетеси Л. Пшеничної. Прослуховування і читання поезії збагачує художній досвід клієнтів і викликає позитивні емоції. Невипадково поетична творчість широко поширена серед людей з обмеженими можливостями. У зв'язку з цим слід зазначити, що серед клієнтів центру є поети-аматори, творчість яких представлена на літературних заходах.

Мистецтво Кіно впливає на розширення меж пізнання світу, історію людських відносин, виховання моральних орієнтирів і створення цілісної картини світу. Кіно, як і театр, і література, надає глядачеві широку інформацію,

але в порівнянні з іншими видами мистецтва воно відображає реальність з максимальною ясністю і дохідливістю. Фільм це найбільш точна копія реальності, фотографічно точне зображення на екрані, що сприймається як фрагмент самого життя.

Програма 30-денної роботи (відповідна тривалості комплексної реабілітації) складалася з 5 тематичних модулів (традиційне мистецтво, класична музика, українська поезія, кіномистецтво, ігрове мистецтво), тобто в кожен день тижня (друга половина) проводився певний захід тематичного модуля проводиться. У суботу та неділю проводилися конкурси, екскурсії, концерти та ігрові вистави.

Реалізація програми в рамках системного принципу проходить синхронно із загальним планом комплексної реабілітації.

Виходячи з цієї проблеми, ми розробили програму на термін перебування клієнтів в центрі – 30 днів (культурні та мистецькі заходи проводяться щодня).

При розробці концепції ми виходили з того, що центральною фігурою в процесі арт-реабілітації є не підопічний (як людина, обмежена з певних причин фізичними і психічними відхиленнями), а людина, яка прагне до саморозвитку і розширення своїх можливостей.

Предметом дослідження є знайомство клієнтів з народними традиціями, фольклором, музикою, українською поезією, кінематографом, ігровим мистецтвом, а також організація творчої діяльності та художнього спілкування.

Метою програми є розширення загального кругозору клієнтів у галузі культури та мистецтва, набуття власного первинного досвіду сприйняття творів мистецтва, формування позитивних емоцій та естетичних почуттів, активізація індивідуальної соціальної та культурної творчої активності клієнтів, розвиток їх творчих здібностей.

Завдання програми артреабілітації :

1.Визначте знання, уподобання та мотиви дій клієнтів під час сприйняття мистецтва.

2. Впровадити соціальні та культурні умови центру для залучення клієнтів до художньої діяльності.

3. залучення клієнтів до систематичної діяльності за допомогою засобів мистецтва і комунікації в арт-просторі.

4. розвивайте емоційно-чуттєву сферу клієнтів, навички естетичного сприйняття творів мистецтва.

5. забезпечте цікаві та значущі заняття.

Оптимальні форми реалізації стали:

- інтерактивні бесіди (для поліпшення спілкування з клієнтами);

- Художні журнали, виставки.

- поетичні баталії, в яких клієнти центру представляють творчість і поетичні

композиції, засновані на творах українських авторів;

- інтелектуальні ігри "поле чудес", "що? Куди? Коли?", квест;

- кінопокази, концерти, театральні вистави;

- екскурсії (на природу, в музеї).

Пропоновані форми передбачають взаємодію учасників під час спільного виробництва, що дозволяє їм відчувати себе більш виважено і надає заходу соціальний формат. Це дозволяє сформувати творчий досвід кожного, який стане основою для самостійного спілкування з мистецтвом будинку і доступу до широкого культурного простору.

Принципи реалізації програми: систематичний, інтегративний, безперервний, творчо-активний. Керівним принципом, який визначив методологічні та методолого-методичні основи нашої роботи, був принцип

системного підходу. Є. Холостова розглядає системний підхід як напрям у реабілітаційній практиці, завданням якого є побудова систем соціальної реабілітації [80, С.34].

Системний підхід в рамках нашого дослідження це сукупність соціально-педагогічних факторів, які використовуються при реалізації нашої авторської програми: форм, методів, прийомів, технік, інструментів, технологій і умов.

Він передбачає:

- з урахуванням принципів комплексної реабілітаційної роботи в центрі;

- інтеграція артреабілітації в центрі з іншими видами реабілітації;

- реалізація мети артреабілітаційної роботи з використанням всіх соціальних і педагогічних ресурсів, орієнтація програми на різні віки, рівень загальних знань і естетичного виховання клієнтів.

- Активізація пізнавальної та творчої діяльності клієнтів за допомогою мистецтва.

У модулі "традиційне мистецтво" вивчаються народні традиції жовтня, проводиться святково-ритуальний комплекс Покрова Пресвятої Богородиці, Покровська вечірня та свято осені. Клієнти центру приєднуються до підготовки та проведення заходів і стають їх активними учасниками. До осіннього свята вони готують для виставки різноманітні вироби з натуральних матеріалів.

Програма модуля "Українська поезія" складається з творів відомих українських поетів Т. Шевченка, Л. Українки, Л. Коостенко та Рівненської поетеси Л. Пшеничної.

На наш погляд, доцільно почати з теми природи, оскільки людина спочатку знайомий з нею. Прослуховування класичної музики дасть слухачам глибше її розуміння. Так само тема кохання в музиці та музичних журналах, присвячених українським пісням.

Ігрова діяльність клієнтів була реалізована в освітніх програмах: художній вікторині, квесті та грі "Поле чудес".

Такі програми, як реабілітаційні модулі, можуть відрізнятися залежно від побажань клієнтів. Зміст програми було розроблено у вигляді етапів арт-реабілітаційних завдань за методом індукції: від приватного до загального. Тобто знайомство клієнта зі світом мистецтва відбувається поетапно: від знання його особливостей (жанрів, типів, форм, стилів) до його сприйняття, розуміння, оцінки і включення в життєву систему.

На першому етапі клієнти знайомляться зі специфікою мистецтва, на другому етапі формується емоційно-чуттєва сфера, підвищується мотивація залучення до художніх знань, на третьому етапі збагачуються знання про мистецтво і творчість відомих художників, на четвертому етапі формується емоційно-чуттєва сфера, підвищується мотивація залучення до художніх

знань, на третьому етапі збагачуються знання про мистецтво і творчість відомих художників, на четвертому етапі збагачується клієнт, залучений у творчу діяльність.

Таблиця 3.1

Організаційно-тематичний план артреабілітаційної роботи на березень 2023 р.

Тематичний модуль	Зміст роботи	Дата проведення	Примітки
Традиційне мистецтво	Свято 8 березня	08.03	
Українська поезія	Поетичне слово Т.Шевченка	09.03	
	Поезія Лесі Українки	12.03	
	Поетична Рівненщина	15.03	
Музика	Музична бесіда “Тема природи в музиці”	19.03	
	Музична бесіда “Тема кохання в музиці”	25.03	
	Опера “Рукавичка”	27.03	
Ігрова діяльність	Хто зверху?	17.03	
	Що? Де? Коли?	18.03	
	Поле-чудес	23.03	
	Мистецька вікторина	26.03	
Українське кіно та мультфільми	Лісова пісня	12.03	
	Наталка Полтавка	25.03	
	Викрадена принцеса: Руслан і Людмила	29.03	

При реалізації програми ми визначили наступні компоненти:

- когнітивний (поглиблення знань клієнтів про різні жанри мистецтва);
- мотивуючий (підвищує мотивацію до вивчення мистецтва);
- емоційно-чуттєвий (розвиток позитивних емоцій і естетичних відчуттів);
- креативний і активний (залучення клієнтів до ігрових і художньо-творчих заходів);
- комунікативний (розширення сфери вербального та онлайн-спілкування клієнтів у культурному та мистецькому просторі).
- вільний час (заохочення розумних видів дозвілля і культурно-розвиваючий дозвілля).

Ефективним методологічним прийомом подання змісту нашої Програми є її так звана "полегшена" версія. Це найкраще підходить для клієнтів центру через їх загальний інтелектуальний розвиток, культурний рівень та соціально-психологічні характеристики. До занять були залучені викладачі філології, вчителі музики та студенти Інституту мистецтв РДГУ.

Пропоновані форми передбачають взаємодію учасників під час спільного виробництва, що дозволяє їм відчувати себе більш впевнено і надає заходу соціальний формат. Це дозволяє сформувати творчий досвід кожного, який стане основою для самостійного спілкування з мистецтвом будинку і доступу до широкого культурного простору.

В кінці програми ми підвели підсумки. Вони показали, що клієнти проявляли інтерес до занять, були активні, а також проявили себе в плані спілкування і творчої активності. У них підвищився рівень знань і інтерес до мистецтва в цілому, а також до окремих жанрів), зросли позитивні емоції і бажання брати участь у творчих заходах.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів експериментальної роботи

Щоб реалізувати експериментальну програму арт-терапевтичної соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, єроєктуємо загальну структуру програми та змодельємо таблицю для опису результатів діагностичної роботи. Передбачимо, що програма триває протягом певного періоду (наприклад, 3 місяці), і її вплив буде вимірюватись на рівнях соціалізованості учасників.

Загальна структура програми арт-терапевтичної соціально-психологічної реабілітації:

Крок 1: Вступна оцінка

Збір анамнезу і медичної інформації про кожного учасника
Психологічне та соціальне тестування, включаючи тести на рівень соціалізованості

Крок 2: Формувальна робота

Групові арт-терапевтичні сесії, орієнтовані на підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату

Індивідуальні арт-терапевтичні сесії для кожного учасника з урахуванням його особистих потреб

Крок 3: Активності реабілітації

Фізіотерапія та реабілітаційні вправи для опорно-рухового апарату

Соціально-інтеграційні заходи, спрямовані на покращення взаємодії з оточуючими

Крок 4: Контроль та оцінка

Повторне психологічне та соціальне тестування, включаючи тести на рівень соціалізованості

Таблиця 3.2

Результати діагностичної роботи

Учасники	Вихідний рівень соціалізованості	Результати після програми
1	25	45
2	30	50
3	20	40
4	35	55
5	28	48

У контрольній групі, яка не проходила арт-терапевтичну соціально-психологічну реабілітацію, очікується, що результати залишаться на попередньому рівні або можуть змінитись незначно внаслідок природного розвитку. Таким чином, програма спрямована на покращення рівня соціалізованості підлітків і очікується, що результати контрольної групи будуть нижчими, ніж у експериментальних групах.

Для наочності зобразимо результати діагностики рівня соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату на діаграмі (Рис. 3.1)

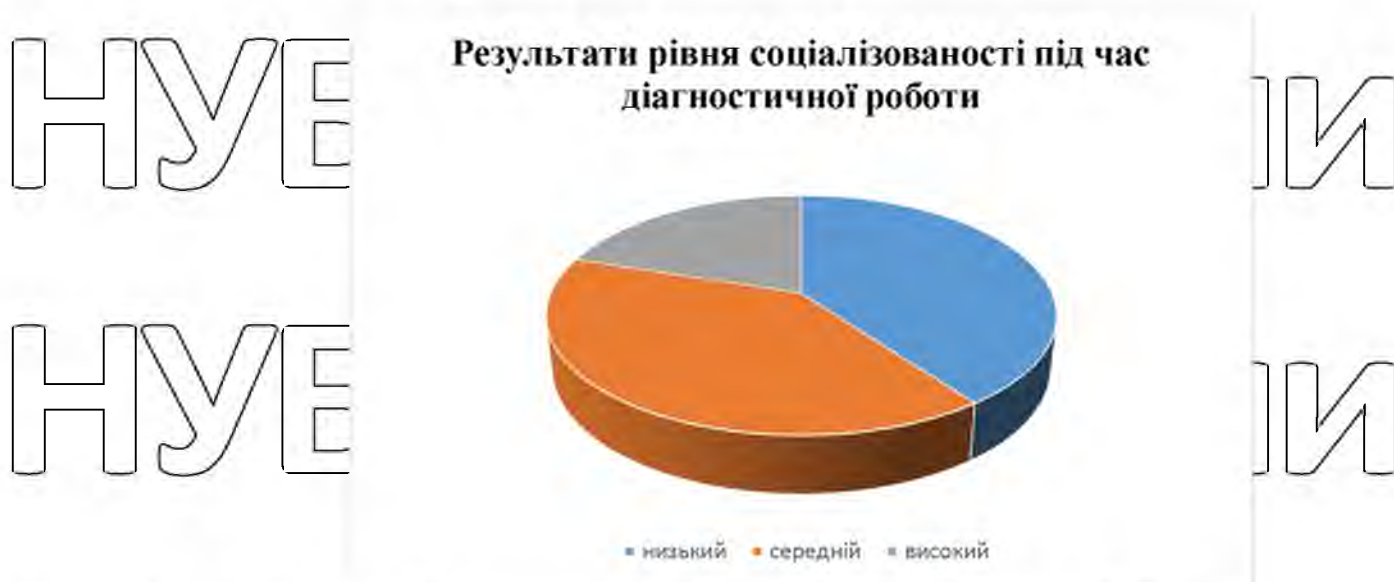


Рис.3.1. Розподіл рівня соціалізованості під час діагностичної роботи

На основі діаграми результатів проведеного дослідження виявлено, що більшість підлітків з ОРА мали середній і низький рівні соціалізованості.

Після закінчення програми арт-терапевтичної соціальної реабілітації, проведемо контрольну оцінку для обох груп учасників. Це дозволить порівняти зміни в рівнях соціалізованості між експериментальною та контрольною групами.

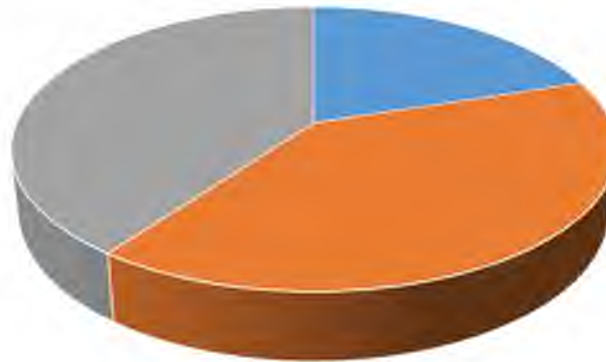
Таблиця 3.3

Результати діагностичної роботи після програми

Учасники	Вихідний рівень соціалізованості	Результати після програми(експериментальна)	Результати після програми(контрольна)
1	23	45	27
2	30	50	32
3	20	40	22
4	35	55	37
5	28	48	30

Для наочності зобразимо результати діагностики рівня соціалізованості після впровадження арт-терапевтичної програми (Рис.3.2)

Результати рівня соціалізованості після впровадження арт-терапевтичної програми



■ низький ■ середній ■ високий

Рис.3.2. Розподіл рівня соціалізованості підлітків після впровадження арт-терапевтичної програми

Після того, як збережуться результати, можна провести аналіз за допомогою статистичних методів для перевірки статистичної значущості різниці між групами. Наприклад, можна використати t-критерій Стюдента або аналіз дисперсії.

Якщо експериментальна програма арт-терапії була успішною, очікується, що учасники експериментальної групи покажуть суттєве покращення у рівнях соціалізованості порівняно з контрольною групою. Тобто, їхні результати будуть вищими за результати контрольної групи.

Крім того, важливо врахувати можливі інші фактори, що можуть вплинути на результати експерименту, наприклад, вік учасників, тривалість програми, ступінь важкості порушень опорно-рухового апарату, тощо. Для досягнення максимально точних результатів, може знадобитись додатковий контроль за зовнішніми факторами

Після завершення експерименту та проведення контрольної оцінки результатів, можна підсумувати й проаналізувати отримані дані. Важливо звернути увагу на наступні пункти:

Порівняння результатів між групами: Застосування статистичних методів, таких як t-критерій Стюдента або аналіз дисперсії, допоможе визначити, чи є статистично значущі різниці у рівнях соціалізованості між експериментальною та контрольною групами. Якщо різниця є статистично значущою, це підтвердить ефективність арт-терапевтичної програми.

Значимість покращення: Порівняйте рівень соціалізованості кожного учасника до і після програми арт-терапії в експериментальній групі. Розміняйте, чи відбулось значуще покращення для кожного окремого учасника.

Тривалість ефекту: Якщо програма успішна, важливо з'ясувати, наскільки тривалими є покращення у рівнях соціалізованості після завершення програми. Для цього можна провести додаткову оцінку через певний період після закінчення реабілітації (наприклад, через 3, 6 або 12 місяців) та порівняти результати зі стартовими показниками.

Залежність від інших факторів: Врахуйте можливі інші фактори, які можуть впливати на результати програми, такі як медичні стандарти лікування, інтеграція в освітній процес тощо. Це допоможе збільшити достовірність та узагальнюваність отриманих результатів.

Зворотній зв'язок: Важливо зібрати зворотний зв'язок від учасників програми щодо їх досвіду та сприйняття арт-терапії. Це допоможе зрозуміти, що працює краще та як можна подальше удосконалити програму.

Підсумовуючи, арт-терапевтична соціально-психологічна реабілітація підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату може бути ефективною в покращенні рівнів соціалізованості. Проведення контрольної оцінки та аналіз результатів допоможуть з'ясувати, наскільки значущими є зміни, та визначити успішність програми.

Для розвитку особистого творчого потенціалу підлітків з порушеннями

опорно-рухового апарату проводяться творчі виставки їхніх робіт (Образотворче мистецтво, вишивка, вироби з соломки), майстер-класи та поетичні баталії.

Однак протягом реабілітаційного періоду протягом місяця цього недостатньо, що призвело до впровадження перспективної програми – артреабілітації - в систему комплексної реабілітаційної роботи.

Для наочності зробимо порівняння результатів соціалізованості підлітків до та після арт-терапевтичної програми за трьома рівнями: низький, середній та високий (Рис.3.3)

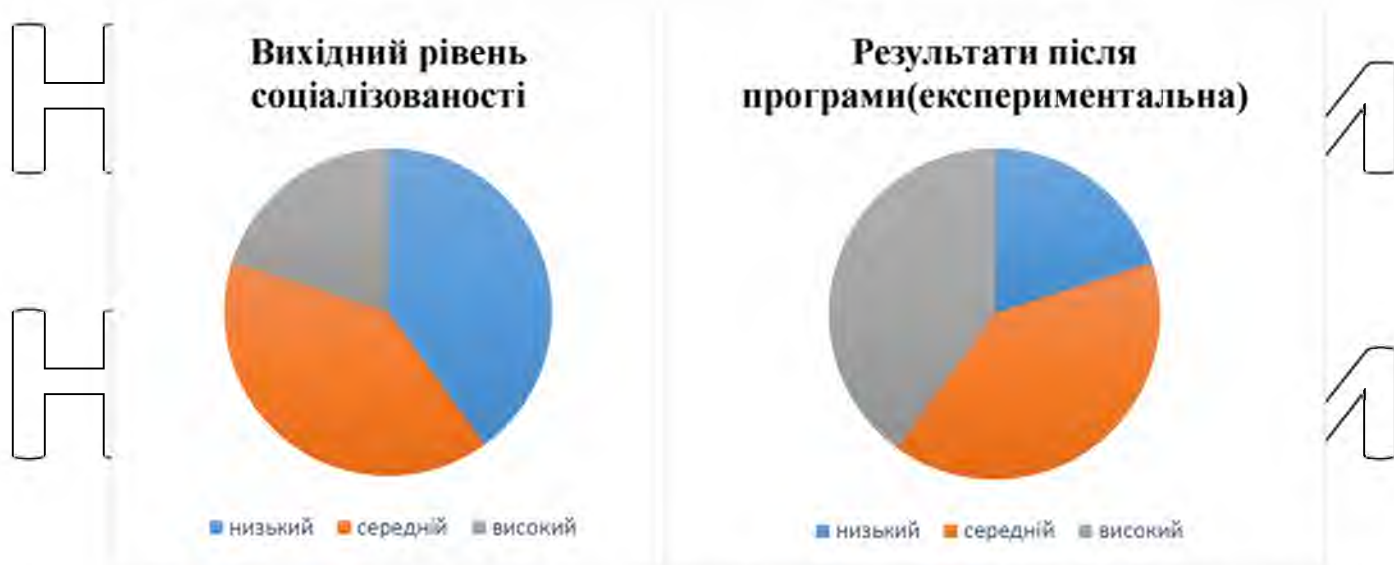


Рис. 3.3. Розподіл рівня соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату до та після арт-терапевтичної програми

Отже, із рис.3.3 можемо сказати, що рівень соціалізованості має позитивну динаміку, після експериментальної роботи підлітки з порушеннями опорно-рухового апарату проявляли інтерес до занять, були активні, а також проявили себе в плані спілкування і творчої активності. У них підвищився рівень знань і інтерес до мистецтва в цілому, а також до окремих жанрів), зросли позитивні емоції і бажання брати участь у творчих заходах. Результати свідчать про ефективність арт-терапевтичної програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

Висновки до третього розділу

Отже, експериментальна арт-терапевтична програма соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату включає

програму 30-денної роботи (відповідна тривалості комплексної реабілітації)

склалася з 5 тематичних модулів (традиційне мистецтво, класична музика, українська поезія, кіномистецтво, ігрове мистецтво), тобто в кожен день тижня (друга половина) проводився певний захід тематичного модуля проводиться. У

суботу та неділю проводилися конкурси, екскурсії, концерти та ігрові вистави.

Реалізація програми в рамках системного принципу проходила синхронно із загальним планом комплексної реабілітації.

В кінці програми ми підвели підсумки. Вони показали, що клієнти проявляли інтерес до занять, були активні, а також проявили себе в плані

спілкування і творчої активності. У них підвищився рівень знань і інтерес до мистецтва в цілому, а також до окремих жанрів, зросли позитивні емоції і

бажання брати участь у творчих заходах. За її ініціативою були проведені виставки образотворчого та декоративно-прикладного мистецтва (вишивка, вироби з соломи), і всі клієнти взяли участь в осінньому фестивалі.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження дає підстави сформулювати наступні висновки.

1. Теоретичний аналіз проблеми свідчить, що поняттям «Соціальна реабілітація» трактують у широкому значенні як створення в суспільстві умов для відновлення і розвитку здібностей індивідів до самостійного соціального функціонування, у вузькому – комплекс заходів, спрямованих на включення індивіда в соціальне середовище, компонентами якого є його життєдіяльність: комунікативна, професійна, соціальна, творча, освітня, соціокультурна, повсякденна, інформаційна. Під «технологією соціальної реабілітації» розуміють способи, систему засобів, форм, методів і прийомів професійного впливу на соціальний об'єкт з метою відновлення втрачених функцій, відносин і ролей соціального функціонування, професійних навичок і умінь взаємодії з навколишнім світом.

Виявлено, що особливості виховання та навчання підлітків з патологіями ОРА виявляються у корекційній спрямованості та залежать від характеру наявних у них порушень та реабілітаційного потенціалу, від вікових та особистісних особливостей, компенсаторних можливостей, від умов життя та виховання в сім'ї, характеру медико-психолого-педагогічного впливу та ряду інших факторів. Нами виділено такі аспекти реабілітації дітей підліткового віку з ОРА: медичний, правовий, психологічний, соціальний, педагогічний.

З'ясовано, що соціальна реабілітація підлітків з ОРА передбачає проведення занять і тренінгів, спрямованих на розвиток таких особистісних якостей, як комунікативність, емоційний інтелект і саморегуляція. Найефективнішою технологією соціально-психологічної реабілітації є арт-терапія, яка використовує методи, спрямовані на досягнення позитивних змін у підлітка через художні та творчі активності.

2. На констатувальному етапі розроблено критеріально-діагностичний інструментарій визначення рівнів соціалізованості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, представлений критеріями внутрішньої картини здоров'я підлітків з ОРА, показниками та діагностичними методиками: «Анкета SF-36» - це коротка форма неспецифічної анкети для визначення якості життя (короткий огляд здоров'я з 36 пунктів); «Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (модифікація В. В. Добрякова); «Метод незакінчених речень» (Сакса і Леві); «Діагностика показників і форм агресії А. Басса і А. Дарка», «Опитувальник для підлітків з набутими вадами розвитку опорно-рухового апарату». Отримані дані ранжувалися за трьома рівнями: високий, середній, низький.

На основі аналізу результатів проведеного дослідження виявлено, що більшість підлітків з ОРА мали середній і низький рівні соціалізованості. Така ситуація потребує удосконалення форм та методів соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

3. На формувальному етапі дослідно-експериментальної роботи розроблено та впроваджено програму соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату. Основною метою програми було сприяння відновленню та розвитку емоційної, комунікативної, мотиваційної, когнітивної, діяльнісної сфер життєдіяльності підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, шляхом використання мистецтва і творчої діяльності.

Програма містить розроблені заняття арт-терапевтичної соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, яка спрямована на поліпшення комунікаційних навичок підлітків для підвищення рівня соціалізованості дітей з ОРА. Нею передбачено групова арт-терапія з використанням літературної, художньої, музичної, театральної, кінематографічної, мультиплікаційної та ін. видів мистецької творчості за модулями «Традиційне мистецтво», «Українська поезія», «Музика», «Ігрова діяльність», «Українське кіно та мультфільми». Було проведено: заняття («Поетичне слово Т.Шевченка», «Поезія Лесі Українки», «Поетична

Рівненщина»); бесіди («Тема природи в музиці», «Тема кохання в музиці»); опера «Рукавичка»; творчі ігри («Хто зверху?», «Що? Де? Коли?», «Полечудес»); мистецькі вікторини («Лісова пісня», «Наталка Полтавка») та ін.

Результати контрольно-аналітичного етапу дослідно-експериментальної роботи засвідчили ефективність програми соціальної реабілітації підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату, оскільки зафіксовано позитивну динаміку.

Подальшого дослідження потребують практичні розроблення з реалізації технології соціальної реабілітації дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Соійко О. В. Роль гри в психолого-педагогічній реабілітації дітей з особливими потребами. О. Соійко, Н. Литвин. *Психологія: реальність і перспективи*. Зб. наук. пр. РДГУ. 2016. № 6. С. 194 – 198.
2. Авраменко М. Професійна реабілітація як механізм соціальної інтеграції інвалідів. М. Авраменко. *Соціальный захист*. 2005. № 3. С. 31 – 32.
3. Андрущенко В. П., Бех В. П., Лукашевич М. П., Мигович І. І., Пінчук І. М. Актуальні проблеми теорії і практики соціальної роботи на межі тисячоліть. Ін-т вищої освіти АПН України; ДЦССМ. К.: УДЦССМ, 2001. 344 с.
4. Андрущенко В. П., Бех В. П., Лукашевич М. П., Мигович І. І., Пінчук І. М. Актуальні проблеми теорії і практики соціальної роботи на межі тисячоліть. Ін-т вищої освіти АПН України; ДЦССМ. Кн. 2: навчальний посібник. К.: УДЦССМ, 2001. 440 с.
5. Батищева Г. О. Музикотерапія як метод психокорекції. Г. О. Батищева. *Профілактика і терапія засобами мистецтва: науково-методичний посібник*. Під заг. ред. О. І. Чилипенка. К.: А.Л.Д., 1996. 231с.
6. Бойко А.М. Соціальна робота. А.М. Бойко, Н.Б. Бондаренко. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська Академія», 2004. 224 с.
7. Бондаренко Л. Виховання в учнів культури почуттів засобами поезії: (на матеріалі збірки Івана Франка “Зів’яле листя”). *Вісник Гаврійської фундації (Осередку вивчення української діаспори): літературно-науковий збірник*: Вип. 12. К. Херсон: Просвіта, 2016. С. 26-32.
8. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. В.Й. Бочелюк, А. В. Турубарова. К.: ЦНЛ, 2011. 264 с.
9. Власюк М. Арт-терапія – лікування мистецтвом. URL: osvita.ua/school/method/teacher/2624/. (дата звернення: 09.06.2023 р.)
10. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. Вознесенська О. Л. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*: Зб. наук. праць. КНУ ім. Тараса Шевченка, 2015. К.: КНУ

ім. Тараса Шевченка. № 3 (29). С. 40-47.

11. Давиденко Г. В. Теоретико-методичні засади організації інклюзивного навчання у вищих навчальних закладах Європейського союзу:

Дис. докт. пед. наук: 13. 00. 01. Г. В. Давиденко. Національний авіаційний університет. К.: НАУ, 2015. 467 с.

12. Декларація про права інвалідів (9 грудня 1975 р.) Резолюція 3447 (XXX) Генеральної Асамблеї ООН. URL:

http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MU75009R.html. (дата звернення:

15.06.2023 р.)

13. Етнокультурне виховання учнів засобами декоративно-ужиткового мистецтва в умовах позашкільного навчального закладу. методичний посібник.

За редакцією А. В. Корнієнко. Д.: ЦП Дрига Г. В., 2016. 236 с.

14. Життєтворчий потенціал реабілітаційної педагогіки: роздуми над проблемою: збірник. Ред. кол.: С. О. Новік, Л. І. Немоловська, Г. І. Єрмаков. К.:

Довіра, 2002. 308 с.

15. Зайцев И. А. Коррекционная педагогика: учебник. И. А. Зайцев, В. С. Кукушин, Г. Г. Ларин Г. Г. Под ред. В. С. Кукушина. Ростов-на-Дону.:

Издательский центр «МарТ», 2002. 312 с.

16. Збишко Є., Серела Г. Використання технології Арт-терапії в корекційно-виховній роботі. URL:

http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2019/10/part_1_14.pdf. (дата звернення:

02.09.2023 р.)

17. Зверева І. Д. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями (за матеріалами ООН). І. Д. Зверева, І. Б. Іванова. *Збірник теоретичних та методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді*. К.: Вид-во "А.Л.Д.", 1995. С. 4-13.

18. Зверева І. Д. Соціальна робота в Україні . І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко. К.: ДУС СМ, 2004. 256 с.

19. Зверева І. Д. Соціальна робота з дітьми та молоддю (теоретико-методологічні аспекти). І. Д. Зверева, І. В. Козубовська, В. Ю. Керещман, О. Н.

Пічкарич, Ч.І. Ужгород, 2000. 192 с.

20. Іванова І. Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам в системі соціальних служб для молоді: Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. *Збірник теоретичних та методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді*. Упор. І. Д. Зверева, І. Б.

Іванова. К.: Видавництво «А.Л.Д.», 1995. С 28 – 33

21. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. *Збірник теоретичних та методичних рекомендацій для працівників центрів соціальних служб для молоді*.

Упор. Зверева І. Д., Іванова І. Б.). К.: А.Л.Д., 1995. 96 с.

22. Казачкова Л. М. Кінематографія як ефективний засіб виховання учнів. Л. М. Казачкова. *Таврійський вісник освіти*, 2014. №2. С. 228 – 236.

23. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю. А.Й. Капська. К.: УДЦССМ, 2001. 220 с.

24. Клопота Є. А. Теоретичні принципи й особливості проведення соціально-психологічного тренінгу для людей з вадами зору. Є. А.

25. Коваль П. Арт-терапія – важливий засіб реабілітації. П. Коваль. *Науковий вісник МНУ ім. В. Сухомлинського. Педагогічні науки*. 2017. № 3. С. 183 – 197.

26. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#top (дата звернення: 11.07.2023 р.)

27. Корнєв М. П. Соціальна психологія : навчальний посібник. М. П. Корнєв, А.Б. Коваленко. К.: ЦНЛ, 1995. 304 с.

28. Кравець О. П., Костенко Н. І. Соціальна робота з особами з обмеженими можливостями в системі комплексної реабілітації. «Людина і суспільство: економічний та соціокультурний розвиток». Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції 19 квітня 2018 року. С. 82 – 88.

29. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні. М.В. Кравченко. *Державне управління: теорія та практика*. 2010. № 2.

30. Красномоєць В. А. Інвалідність: відображення соціального явища у теоретичних поняттях в контексті людського розвитку. В. А. Красномоєць. *Вісник Прикарпатського університету: зб. наук. пр.* Харків: ХДАДМ (XXII), 2009. № 7. С. 44 – 52.

31. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика): підручник. М. П. Лукашевич, Т. В. Семигіна. К.: Каравела, 2011. 368 с.

32. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи. М. П. Лукашевич, І. І. Мигович. К.: МАУП, 2003. С. 149 – 151.

33. Любота В. В. Інтегрований театр для молоді з розумовою відсталістю. В. В. Любота, С. В. Солопай, Н. В. Біланик, В. С. Пшенічна. Під ред. О. В. Стецькова. К.: ІКЦ «Леста», 2002. 48 с.

34. Матвієнко В. Я. Соціальні технології: навчальний посібник. К.: Українські пропілеї, 2001. 446 с.

35. Мішуліна М. О. Основні дефініції дослідження осіб з обмеженими фізичними можливостями. М. О. Мішуліна. *Вісник Дніпропетровського ун-ту ім. А. Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія»*, 2013. № 1 (5). С. 79 – 83.

36. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів: перспектива та пріоритети. О. Мостіпан. *Соціальний захист*. 2002. № 11. С. 15 – 18.

37. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: підручник: У 2 кн. Кн. 1: Соціальна психологія особистості і спілкування. Л. Е. Орбан-Лембрик. К.: Либідь, 2004. 576 с.

38. Основи соціальної роботи. Соціальна робота в 3-х ч. Ч. 13а ред. Т. Семигіної, І. Григи. К.: Вид-чий дім «КМА», 2004. 178 с.

39. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. С. С. Пальчевський. К.: Кондор, 2005. 560 с.

40. Петрова І. В. Проектування в соціально-культурній сфері: навчальний посібник. І. В. Петрова. К.: Вид-во КНУКіМ, 2007. 372 с. .

41. Пірог Л. А. Сучасний стан інтеграції людей з обмеженими можливостями у суспільство. Л. А. Пірог. *Вісник Дніпропетровського у-ту*. 2012. № 9. С. 135 – 140.

42. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда: затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р., №757. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP070757.html (дата звернення: 15.07.2023 р.)

43. Поляк О. В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дееспотністю. О. В. Поляк. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 3б наук. праць. К.: Університет «Україна», 2004. С. 466-473.

44. Попович Г. М. Соціальна робота в Україні і за рубежом: навчально-методичний посібник. Г. М. Попович. Ужгород: УДУ, 2000. 212 с.

45. Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 р. людей з інвалідністю. Указ Президента України № 1112/2002 від 02.12.2002 року. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 05.07.2023 р.)

46. Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів: Указ Президента України №1845/2005 від 27.12.2005 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1845/2005#Text>. (дата звернення: 23.07.2023 р.)

47. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України №875-III від 21.03.1991 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення: 29.07.2023 р.)

48. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України №2961-IV від 06.10.2005 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>. (дата звернення: 29.07.2023 р.)

49. Профілактика і терапія засобами мистецтва. К.: А.Л.Д., 1996. 124 с.

50. Реабілітаційна педагогіка на рубежі XXI ст.: науково-методичний збірник [у 2-х ч.]. В. І. Покась. Ч. 1. К.: ІЗМН, 1998. 320 с.

51. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.03. О. В. Романенко. Ін-тут ЄП АПН України. К.: 2003. 18 с.

52. Садова І. І. Арт-терапія як сучасний метод у системі соціальної роботи педагога з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку. І. І. Садова. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Збірник наукових праць за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Вип. III. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. 2006, 2012. С. 197 – 205.

53. Соціальна робота в Україні: навчальний посібник. І. Д. Зверева, О. В. Беспалько. Ред. І. Д. Зверевої, Г. М. Лактіонової. К.: ЦНЛ, 2004. 256 с.

54. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: метод. реком для тренера. Упор. І. Д. Зверевої, О. В. Беспалько. К.: Наук. світ, 2002. 186 с.

55. Соціальна робота: технологічний аспект: навчальний посібник. А. Й. Капська, О. В. Беспалько, Р. Х. Вайнола, О. В. Вакуленко, О. Г. Карпенко. К.: ІСРІУ ім. М. Драгоманова, ДНССМ, 2004. 362 с.

56. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями: науково-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів. За ред. А. Й. Капської. К.: ДНССМ, 2003. 168 с.

57. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами : методичні рекомендації. Н. О. Головка, Л. Є. Данелян, І. С. Довгалюк. К.: Держсоцслужба, 2005. 107 с.

58. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Національна асамблея інвалідів України, 2003. 40 с.

59. Сушин М. Бар'єрів на шляху інвалідності стає менше. М. Сушин. Соціальний працівник. 2007. № 3. С. 10–12.

60. Технології соціально-педагогічної роботи: навчальний посібник. За заг. ред. Капської А. Й. К.: ІЗМН, 2000. 372 с.

61. Турубарова А. В. Фактори, які впливають на процес соціалізації підлітків з дефектами та порушеннями опорно-рухового апарату. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України «Проблеми загальної та педагогічної психології». А. В. Турубарова. За ред. С. Д. Макейменка. Т. IX, Чаєт. 4. К., 2007. С. 363 – 370.

62. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: теорія і практика : навчальний посібник. Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. К.: Знання, 2008. 574 с.

63. Тюптя Л. Т. Терапія засобами мистецтва у роботі з людьми з особливими потребами. Л. Т. Тюптя. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей VII міжн. наук.-практ. конф. (22. XI. 2007р.)*. К.: Університет «Україна» 200. С 334 – 335.

64. Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації». К.: Знання України, 1998. 48 с.

65. Черніговець Т. І. Українські народні ігри у фізичній реабілітації дітей з вадами здоров'я. Т.І. Черніговець. *Нова педагогічна думка: науково-методичний журнал*. 2007. № 3. С. 45 – 52.

66. Шалар О. Г. Підготовка підлітків до самостійних занять фізичною культурою: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.09 «Теорія навчання». О. Г. Шалар. Харків, 2002. 20 с.

67. Шалєпа О. Г. Оптимізація фізичної підготовки курсантів вищих військових навчальних закладів з урахуванням специфіки етапів професійного навчання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук. з фіз. виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення». О. Г. Шалєпа. К., 2002. 20 с.

68. Шаповалов Б. Б. Формування мотивації досягнення успіху у спортивно обдарованій молоді: дис... канд. психол. наук: 19.00.07. Академія управління МВС. К., 2007. 198 с.

69. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи : навчальний посібник. В. М. Шахрай. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.

70. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: Монографія. А. Г. Шевцов. К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 240 с.

71. Шевцов А. Г. Особистісно-орієнтовані освітні технології як системоутворювальний чинник комплексної соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. А. Г. Шевцов. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної*

роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. За ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. К.: ЦНД, 2006. 323 с.

72. Шиян Б. М. Теоретико-методичні основи підготовки вчителів фізичного виховання в педагогічних закладах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». Б. М. Шиян. К., 1997. 48 с.

73. Язловецький В. С. Фізіологічні основи фізичного виховання: навч. посіб. В. С. Язловецький. К.: ВЦ КДПУ ім. Винниченка, 2001. 164 с.

74. Banks L., Kuper H., Polack S. Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS ONE* 2017;12:e0189996. doi: 10.1371/journal.pone.0189996. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

75. Cygankov B.D., Mar'jasova D.A., Penkin I.A. Psihologicheskie i kliniko-psihopatologicheskie osobennosti sportsmenov-paralimpijcev [Psychological and clinical-psychopathological features of Paralympic athletes] *Psihicheskoe Zdorov'e Mental Health*. 2012;3: 25–28. [Google Scholar]

76. Dargan A.A. Reflection of the determinism of social well-being and social mobility of people with disabilities. *Vestnik Severo-Kavkazskogo Gosudarstvennogo Tehnicheskogo Universiteta Bull. North Cauc. State Tech. Univ.* 2017;2:162–167. [Google Scholar]

77. DFID *Disability, Poverty and Development*. DFID; London, UK; 2000. [Google Scholar]

78. Groce N, Kett M., Lang R., Trani J.F. Disability and Poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Q.* 2011;32:1493–1513. doi: 10.1080/01436597.2011.604520. [CrossRef] [Google Scholar]

79. Klochko E.J. Zhizn' bez bar'erov: O perspektivah i izmenenijah v polozenii detej s invalidnost'ju i invalidov s detstva [Life without barriers: O prospects and changes in the situation of children with disabilities and persons with disabilities since childhood] [(accessed on 8 December 2018)]; *Psihologicheskaja*

Nauka i Obrazovanie PSYEDU.ru Psychol. Sci. Educ. 2016 21:94–107.
doi: 10.17759/pse.2016210108 Available online: <http://psvjournals.ru/psvedu/2016/n1/klochko.shtml> [CrossRef] [Google Scholar]

80. Lorer V.V., Zhukova T.N. Primenenie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja v ocenke kompleksnoj rehabilitacii invalidov [Application of the international classification of functioning, disability and health in the assessment of complex rehabilitation of disabled persons] [(accessed on 12 December 2018)]; *Klinicheskaja i Special'naja Psihologija Clin. Spec. Psychol.* 2017 6:116–134. doi: 10.17759/cpse. 2017060307. Available online: <http://psvjournals.ru/psyclin/2017/n3/Lorer.Shtml> [CrossRef] [Google Scholar]

81. MacLachlan M., Swartz L. *Disability and International Development: Towards Inclusive Global Health*. Springer; New York, NY, USA: 2009. [Google Scholar]

82. Mitra S. *Disability, Health and Human Development*. Palgrave; New York, NY, USA: 2013. [Google Scholar]

83. WHO. World Bank . *World Report on Disability*. WHO; Geneva, Switzerland: 2011. [Google Scholar]

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України